

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung

(Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

A. Problem und Ziel

Die Pflegeversicherung bietet seit ihrer Einführung im Jahr 1995 eine solidarische Absicherung des Risikos, pflegebedürftig zu werden, und unterstützt Pflegebedürftige und deren An- und Zugehörige mittlerweile seit mehr als 30 Jahren verlässlich. Durch diesen Sozialversicherungszweig ist ein professionelles Versorgungssystem in der Bundesrepublik Deutschland für pflegebedürftige Menschen mit positiven Wirtschafts- und Beschäftigungswirkungen entstanden – heute sind 1,3 Millionen Menschen in stationären sowie ambulanten Pflege- und Betreuungseinrichtungen beschäftigt.

In den letzten Jahren ist die Zahl pflegebedürftiger Menschen erheblich gestiegen – sie liegt derzeit bei über 6 Millionen. Die Pflegeprävalenz ist deutlich höher als demografisch bedingt erwartet wurde, auch im europäischen Vergleich ist sie außergewöhnlich hoch. Diese Entwicklung hat Folgen: Zum einen steigt der Bedarf an professioneller Versorgung pflegebedürftiger Menschen weiter an und kann teilweise nur noch unzureichend gedeckt werden. Zum anderen steht die soziale Pflegeversicherung (SPV) unter erheblichem finanziellem Druck – bereits im letzten und in diesem Jahr konnten die Leistungsansprüche nur mit Darlehen aus dem Bundeshaushalt garantiert werden. Für die nächsten Jahre sind Defizite zu erwarten, die ab 2028 zweistellige Milliardenbeträge erreichen werden. Angesichts der wirtschaftlichen Lage kann darauf nicht mehr mit weiteren Beitragssatzsteigerungen reagiert werden – das wäre keine nachhaltige und generationengerechte Antwort, um Einnahmen und Ausgaben der SPV in Einklang zu bringen. Und nicht nur allgemein für die Versicherten, auch für die Betroffenen wird Pflege immer teurer: die Eigenanteile im Pflegeheim steigen stetig weiter an; zum Teil auch die Ausgaben der Hilfe zur Pflege. Vorrangiges finanzpolitisches Ziel des Gesetzes ist es daher, die Finanzierung der SPV wieder zu stabilisieren. Darüber hinaus gilt es, den Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile zu dämpfen.

Neben den finanziellen Herausforderungen ist das Pflegesystem auf der Versorgungsseite nur unzureichend auf den steigenden Bedarf eingestellt. Maßnahmen zur Vermeidung, Reduzierung und Stabilisierung von Pflegebedürftigkeit kommen in der Versorgungsroutine und in den Pflegeeinrichtungen oft zu kurz; Kranken- und Pflegeversicherung setzen zu schnell auf Pflege und zu wenig auf ihre Verhinderung. Das Leistungsrecht gilt vielfach als zu komplex; Beratungsansprüche sind zum Teil unbekannt, werden in der Umsetzung auf reine Information reduziert oder bleiben in komplexeren Pflegesituationen und bei Überforderung der häuslichen Pflege wirkungslos. Im Versorgungssystem fehlen Angebote für akut auftretende Hilfebedarfe, z. B. bei unfall- oder krankheitsbedingtem Ausfall pflegender An- und Zugehöriger. Neben der eigentlichen Pflege kommt es zusätzlich zu Belastungen, wenn pflegende An- und Zugehörige keine zeitnahe Unterstützung erfahren, oder es ergeben sich Situationen, in denen sie aufgrund von Überforderung den Notruf wählen. Pflegeeinrichtungen leiden unter zu viel Bürokratie und zu wenig Anreizen für Innovationen; der gezielte, personalentlastende Einsatz von Technik und Digitalisierung kommt zu kurz.

Mit diesem Gesetz wird das Ziel verfolgt, die Finanzierungsgrundlagen der sozialen Pflegeversicherung zu stabilisieren und eine bürgernahe und menschenwürdige Versorgung von

pflegebedürftigen Menschen in der Stadt und auf dem Land mit effizienten und nachhaltigen Versorgungsstrukturen personell und strukturell sicherzustellen.

B. Lösung

Dieses Gesetz umfasst vor dem unter A. dargestellten Hintergrund auf der Versorgungsseite Maßnahmen zur Förderung von Prävention und Rehabilitation, ein Maßnahmenpaket zur Stärkung der häuslichen Pflege und der pflegenden An- und Zugehörigen sowie Maßnahmen zur weiteren Entbürokratisierung und für mehr Innovationsanreize für Pflegeeinrichtungen. Gleichmaßen beinhaltet es auf der Finanzierungseite Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzierung der Pflegeversicherung und zur Begrenzung des Anstiegs der Eigenanteile bei den Pflegekosten.

Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Rehabilitation

Kranken- und Pflegeversicherung werden künftig konsequent auf Vermeidung, Reduzierung und Stabilisierung von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet. Versicherte im Alter über 60 Jahren erhalten einen regelmäßig abrufbaren ergänzenden Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen. Vorhandene Versichertendaten können von den Kassen künftig systematisch genutzt werden, um präventionsrelevante Bedarfe zu bestimmen und den Versicherten passende Angebote zu empfehlen. Konkrete Empfehlungen zur Rehabilitation bei der Pflegebegutachtung sollen künftig deutlich häufiger erfolgen; Pflegeberatung und Pflegeeinrichtungen arbeiten stärker präventions- und rehabilitationsorientiert.

Anspruch auf individuelle Pflegebegleitung

Neu eingeführt wird ein Anspruch auf fachliche Begleitung und Unterstützung in der häuslichen Pflege, die sog. Pflegebegleitung. Diese frühzeitige, präventionsorientierte Begleitung soll pflegebedürftige Personen und ihre An- und Zugehörigen dabei unterstützen, die gesundheitliche und pflegerische Situation der pflegebedürftigen Personen zu verbessern und ihre Selbständigkeit zu erhalten. Durch die Pflegebegleitung können gesundheitliche Verschlechterungen früher erkannt und diesen begegnet werden. Sie entlastet zudem An- und Zugehörige durch passende Maßnahmen und beugt Überforderungen vor.

Einfacheres Leistungsrecht durch Budgets und mehr Transparenz

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung wird vereinfacht und klarer ausgestaltet. Verschiedene Einzelleistungen werden in neue ambulante Sach- und Entlastungsbudgets sowie ein Sozialraum-Budget überführt und den Versicherten gebündelt zur Verfügung gestellt, um sie damit flexibler, unbürokratischer und möglichst antragslos nutzbar zu machen. Das trägt auch dazu bei, möglichen Missbrauch von Leistungen effektiv zu vermeiden.

Mit einem neuen „Pflege-Cockpit“ stellen die Pflegekassen künftig außerdem alle Informationen und Instrumente für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörigen an einem einheitlichen digitalen Ort zu Verfügung. Anstatt selbst lange nach Informationen suchen zu müssen, genügt damit in Zukunft ein einziger Log-in, um Anträge zu stellen, Anbieter zu finden, Informationen zur Pflege zu erhalten u. a.

Unterstützung in pflegerischen Not- und Akutsituationen

Für pflegerische Not- und Akutsituationen, z. B. bei unfall- oder krankheitsbedingtem Ausfall pflegender An- oder Zugehöriger, wird ein neues Überbrückungsbudget eingeführt, wodurch künftig Leistungen bei gesundheitlichen Krisen oder einem ungeplanten Ausfall der Hauptpflegeperson zur Verfügung gestellt werden. Diese Leistungen sollen insbeson-

dere durch Notdienste in der ambulanten Pflege, aber auch durch Angebote der Kurzzeitpflege erbracht werden können.

Innovationsorientierung und Entlastung durch Technik und Digitalisierung

Das Vertrags- und Vergütungsrecht der Pflegeversicherung wird geöffnet, um den Pflegeeinrichtungen mehr Raum für Innovationen zu geben und mehr Anreize für den Einsatz von Technik und Digitalisierung zu setzen. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sollen z. B. durch eine Innovationsregel gemeinsam mit den Pflegekassen von rahmenvertraglichen Vorgaben abweichen dürfen, sofern dadurch der Schutz der Pflegebedürftigen nicht vernachlässigt wird. Zudem sollen vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit bekommen, den Einsatz von Technik und Digitalisierung in bestimmtem Umfang und Zeitraum in den Pflegesätzen geltend machen zu können, wenn damit personalentlastende Wirkungen zu erwarten sind. Aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität werden 1,6 Milliarden Euro für die Digitalisierung von Einrichtungen der Langzeitpflege zur Verfügung gestellt. Zudem wird das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege verstetigt und erhält weitere Aufgaben.

Kommunale Pflegestrukturplanung zur Behebung von struktureller Unterversorgung

Ergänzend zur Stärkung der kommunalen Pflegestrukturplanung mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sollen planungsrelevante Daten der Kranken- und Pflegekassen von den Ländern und ihren Kommunen über eine Plattform unkompliziert abgerufen werden können. Die Regelung zu den gemeinsamen Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung unterstützt die Länder dabei, auf kommunaler Ebene mithilfe der Planung eine Unterversorgung festzustellen und Maßnahmen zur Behebung der Unterversorgung einzuleiten.

Begrenzung des Anstiegs der Eigenanteile an den Pflegekosten

Die Pflegeversicherung ist seit ihrer Einführung ein Teilleistungssystem; sie wird auch in Zukunft nur einen Teil der Pflegekosten tragen können. Die Reform soll aber einen Beitrag dazu leisten, den Anstieg der Pflegekosten zu begrenzen. Deshalb wird ab 2028 eine regelmäßige, jährliche Anpassung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung erfolgen.

Darüber hinaus strebt die Bundesregierung als Beitrag zur Begrenzung der individuellen Pflegekosten eine Ausweitung der freiwilligen privaten Pflegevorsorge an, so z. B. durch eine steuerliche Begünstigung privater Pflegezusatzversicherungen sowie bei betrieblicher Pflegevorsorge und Entgeltumwandlung.

Solide Finanzierung wieder sicherstellen

Mit dem Gesetz soll die Finanzierung der Pflegeversicherung wieder auf eine stabile Grundlage gestellt werden. Der Finanzbedarf ist so hoch, dass er nur durch eine Kombination von Maßnahmen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite gedeckt werden kann. Damit die Lohnnebenkosten nicht weiter steigen, kommen Beitragssatzanhebungen nicht in Betracht.

Maßnahmen auf der Ausgabenseite umfassen insbesondere

- die Stärkung von Prävention und Rehabilitation,
- eine Anpassung der Dynamisierung im Jahr 2028 im Zusammenhang mit der Einführung einer regelhaften Dynamisierung,
- fachlich sinnvolle Anpassungen des Begutachtungsinstruments mit dem Ziel einer Verlangsamung des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen,
- Änderungen bei der Bezugsdauer des verweildauergestaffelten prozentualen Leistungszuschlags bei vollstationärer Pflege (höhere Zuschläge erfolgen nach längerer Verweildauer),

- eine präventionsorientierte Fokussierung der Leistungen bei Pflegegrad 1 sowie bei erstmaliger Einstufung in Pflegegrad 2 oder 3 bei Pflegebedürftigen, die das Entlastungsbudget beziehen,
- eine Reduzierung des Beitrags der Pflegeversicherung für künftige Rentenansprüche von Pflegepersonen,
- die Korrektur nicht-intendierter Folgen der sog. „Flexi-Rente“,
- eine Begrenzung des Anstiegs der Verwaltungskostenerstattung der Pflege- an die Krankenkassen,
- Verschiebung der Rückzahlung der bestehenden Bundesdarlehen auf einen späteren Zeitpunkt (2035 – 2039).

Maßnahmen auf der Einnahmenseite umfassen insbesondere

- die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der sozialen Pflegeversicherung auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV),
- eine geringfügige Anhebung des Beitragssatzes kinderloser Mitglieder der SPV,
- eine Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern,
- die Zahlung von Beiträgen zur Pflegeversicherung auch für Minijobs.

Ziel der Bundesregierung ist es darüber hinaus, einen Beitrag zur Entlastung der Kommunen durch steigende Sozialhilfekosten zu leisten. Sie strebt daher in einem separaten Verfahren eine Rücknahme der im Zuge des Angehörigenentlastungsgesetzes von 2020 eingeführten Regelungen zur Begrenzung der Anrechnung von Einkommen Angehöriger bei der Berechnung des Anspruchs auf Hilfe zur Pflege im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) an.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Soziale Pflegeversicherung:

Durch dieses Gesetz wird die SPV durch Mehreinnahmen bzw. Minderausgaben entlastet. Die Finanzwirkungen der einzelnen Maßnahmen werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

	Angaben in Millionen Euro			
	2027	2028	2029	2030
Erwarteter rechnerischer Finanzbedarf	11 200	18 600	19 000	20 900
davon:				
rechnerisches Defizit bei einem Beitragssatz in Höhe von 3,6 Prozent	7 600	15 400	16 900	17 400
jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge ab 2029 (jeweils zum 01.07.) mit der durchschnittlichen Kerninflationsrate der drei vorherigen Kalenderjahre	0	0	1 400	2 800
Aufbau von Liquiditätsreserven für die SPV durch die Anhebung der Ausgabendeckungsquote (ADQ)	0	1 400	700	700

Risiko- bzw. Nachhaltigkeitspuffer, ggf. in den Pflegevorsorgefonds überführbar	3 600	1 800	0	0
Finanzwirkungen der Maßnahmen des Gesetzes	11 250	18 100	18 940	20 340
<i>davon:</i>				
Minderausgaben für die SPV*				
Verwaltungskosten	200	250	300	300
Verschiebung der Rückzahlung von Bundesdarlehen	0	500	740	740
Prävention und Rehabilitation	0	300	500	1 200
Anpassung der Begutachtungssystematik	1 300	2 500	3 400	4 200
Häufigte Auszahlung des Entlastungsbudgets in den Pflegegraden 2 und 3 in den ersten 3 Monaten	900	1 000	1 100	1 100
50%-Streichung der Leistung "Entlastungsbeitrag nach § 45b SGB XI" im Pflegegrad 1	400	450	500	500
Verlängerung der Verweildauerstufen um jeweils 6 Monate in § 43c SGB XI	2 600	2 700	2 400	2 000
Reduzierung der Dynamisierung in 2028 auf die durchschnittliche Kerninflationsrate der drei vorherigen Kalenderjahre; Dynamisierung zum 01.07.2028	0	4 050	3 420	3 500
Reduzierung der Rentenversicherungsbeiträge	1 800	1 900	2 000	2 100
Korrektur der nicht-intendierten Folgen der Flexi-Rente	150	150	150	150
Mehreinnahmen für die SPV				
Beitrag für geringfügig Beschäftigte	1 200	1 200	1 200	1 200
Anhebung Beitragsbemessungsgrenze	1 600	1 700	1 700	1 800
Anpassung beitragsfreie Mitversicherung	0	350	350	350
Erhöhung des Zuschlags für kinderlose Mitglieder	1 100	1 100	1 200	1 200

* Weitere, zusätzliche Minderausgaben, die sich im Zusammenhang mit der Regelung zur tariflichen Entlohnung gemäß § 72 Absatz 3g SGB XI für die SPV in Verbindung mit der Regelung des § 43c SGB XI ergeben, sind auf Grund paralleler Wechselwirkungen nicht quantifizierbar.

Aufgrund des sehr hohen und zum aktuellen Rand noch steigenden Liquiditätsbedarfs der sozialen Pflegeversicherung, der noch nicht eingerechneten Wechselwirkungen zwischen einzelnen Maßnahmen sowie der sich verschlechternden wirtschaftlichen Entwicklung ist die Berücksichtigung eines angemessenen Risiko- und Nachhaltigkeitspuffers zwingend erforderlich, um Beitragssatzerhöhungen und die damit verbundenen Zusatzbelastungen der Mitglieder und Arbeitgeber möglichst über die aktuelle Legislaturperiode hinaus auszuschließen und Planungssicherheit zu schaffen. Sollten diese Risiken nicht eintreten, wäre eine Überführung der nicht benötigten Finanzmittel des Risikopuffers in den Pflegevorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung möglich.

Gesetzliche Krankenversicherung:

	Angaben in Millionen Euro			
	2027	2028	2029	2030
Mindereinnahmen				
Absenkung der Verwaltungskostenpauschale	200	250	300	300

Medizinischer Dienst Bund:

	Angaben in Millionen Euro			
	2027	2028	2029	2030
Mehrausgaben für den MD Bund				
Neuer Beirat nach § 18f SGB XI-E	0,5	0,5	0,5	0,5

Bund, Länder und Kommunen:

Für den Bund entstehen Haushaltsausgaben in Höhe von 1,6 Milliarden Euro, da die Mittel für die Förderung der Digitalisierung in der Langzeitpflege aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes zur Verfügung gestellt werden.

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe entsprechend dem Anteil der beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen Einsparungen von rund 300 Millionen Euro im Jahr 2027 aufwachsend auf bis zu rund 470 Millionen Euro im Jahr 2030.

Für Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Hilfe zur Pflege Mehrausgaben im Jahr 2027 von rund 1 Milliarde Euro abnehmend auf rund 800 Millionen Euro im Jahr 2030. Eine teilweise Kompensation dieser Mehrbelastungen ergibt sich durch die Einführung einer regelhaften Dynamisierung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung ab dem Jahr 2028 sowie durch die von der Bundesregierung angestrebten Änderungen in der Begrenzung der Anrechnung von Einkommen Angehöriger bei der Berechnung des Anspruchs auf Hilfe zur Pflege im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch. Ebenfalls wird der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen durch präventive Maßnahmen und die Anpassung der Begutachtungssystematik zukünftig gebremst, wodurch sich auch geringere Ausgaben für die Hilfe zur Pflege ergeben. Gleichzeitig sorgt die befristete Aussetzung der Tariftreuregelung zur Abschwächung des Anstiegs der Pflegekosten und damit auch der Ausgaben der Hilfe zur Pflege.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürgern entstehen jährliche Entlastungen in Höhe von rund 13,56 Millionen Stunden.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Wirtschaft wird jährlich um etwa 24,3 Millionen Euro entlastet. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft liegt bei etwa 9,5 Millionen Euro. Dem stehen einmalige Entlastungen in Höhe von 283,7 Millionen Euro gegenüber.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Von den oben genannten Einsparungen des jährlichen Erfüllungsaufwands der Wirtschaft gehen rund 8 Millionen Euro auf Einsparungen bei Bürokratiekosten durch vereinfachte oder wegfallende Informationspflichten zurück, bei den einmaligen Einsparungen sind dies ca. 5,1 Millionen Euro.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

1. Bund

Für den Bund entsteht kein signifikanter Erfüllungsaufwand. Die Beihilfefestsetzungsstellen des Bundes und der Medizinische Dienst Bund werden jährlich insgesamt um rund 4,4 Millionen Euro entlastet.

2. Länder und Kommunen

Ländern und Kommunen entsteht kein signifikanter Erfüllungsaufwand. Die Beihilfefestsetzungsstellen der Länder werden jährlich um rund 475 000 Euro entlastet.

3. Sozialversicherung

Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung beträgt etwa 3,5 Millionen Euro, dem stehen zu erwartende jährliche Entlastungen in Höhe von rund 71 Millionen Euro gegenüber.

F. Weitere Kosten

Durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Erhöhung des Zuschlags für kinderlose Mitglieder um 0,1 Beitragssatzpunkte entstehen den Mitgliedern der SPV im Jahr 2027 1,9 Milliarden Euro Mehrausgaben. Diese steigen durch die Anpassung der beitragsfreien Mitversicherung an, von 2,3 Milliarden Euro im Jahr 2028 auf 2,45 Milliarden Euro im Jahr 2030.

Durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und des vom Arbeitgeber aus einer geringfügigen Beschäftigung zu tragenden Beitrags entstehen den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern im Jahr 2027 Mehrausgaben von zunächst 2 Milliarden Euro, die bis zum Jahr 2030 auf 2,1 Milliarden Euro anwachsen.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen und unter Berücksichtigung der Beihilfetarife Minderausgaben von rund 300 Millionen Euro in 2027, ansteigend auf etwa 470 Millionen Euro im Jahr 2030.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 16. April 2026 (BGBl. 2026 I Nummer 107) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe zu den §§ 2 bis 4 wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„§ 2 Vorrang der häuslichen Pflege und Art und Umfang der Leistungen

§ 3 Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen

§ 4 Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen“.

b) Die Angabe zu den §§ 6 bis 7c wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„§ 6 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

§ 7 Aufgaben der Pflegekassen

§ 7a Pflege-Cockpit

§ 7b Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen

§ 7c Pflegebegleitung

§ 7d Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung

§ 7e Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung“.

c) Die Angabe zu § 8a wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung“.

d) Die Angabe zu den §§ 10 bis 12 wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„§ 10 Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

§ 11 Förderung von Innovation und Digitalisierung

§ 12 Förderung guter Versorgung“.

e) Nach der Angabe zu § 18e wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 18f Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung“.

f) Nach der Angabe zu § 35a wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 35b Abtretung bei Kostenerstattung“.

g) Die Angabe zu den §§ 36 bis 39a wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„§ 36 Sachleistungsbudget

§ 37 Entlastungsbudget

§ 38 Kombination von Entlastungsbudget und Sachleistungsbudget (Kombinationsleistung)

§ 39 Überbrückungsbudget

§ 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen“.

h) Nach der Angabe zu § 40b wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 40c Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen“.

i) Die Angabe zum Dritten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird gestrichen.

j) Die Angabe zu § 42a wird gestrichen.

k) Die Angabe zu den §§ 45a und 45b wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung

§ 45b Sozialraumbudget“.

l) Nach der Angabe zu § 59a wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 59b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung“.

m) Nach der Angabe zu § 61a wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 61b Liquiditätshilfe“.

n) Nach der Angabe zu § 75 wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 75a Praktische Erprobung innovativer Konzepte“.

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

„§ 88b Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege“.

p) Nach der Angabe zu § 113d wird die folgende Angabe zu § 113e eingefügt:

„§ 113e Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen“.

q) Die Angabe zu § 125 wird gestrichen.

r) Die Angabe zu § 125b wird gestrichen.

s) Die Angabe zum Ersten Abschnitt des Sechzehnten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„Erster Abschnitt

Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie weitere Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren“.

t) Nach der Angabe zu § 142a wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 142b Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027

§ 142c Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“.

2. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die soziale Pflegeversicherung dient als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.“

b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden insbesondere durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Die Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft (Lebenspartner) gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.“

c) Die Absätze 5 bis 7 werden gestrichen.

3. Die §§ 2 bis 4 werden durch die folgenden §§ 2 bis 4 ersetzt:

„§ 2

Vorrang der häuslichen Pflege und Art und Umfang der Leistungen

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

(2) Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

(3) Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und

Betreuung. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

(4) Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige haben darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 3

Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Unterstützungsbedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.

(2) Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen sollen jeweils berücksichtigt werden. Den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege soll nach Möglichkeit Rechnung getragen werden. Die Erbringung der Hilfen soll auch bei jungen Menschen mit Pflegebedarf jeweils altersentsprechend gestaltet werden.

(3) Den Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe soll im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden, soweit die Wünsche angemessen sind. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege oder einer Pflege, die Rücksicht auf das individuelle Geschlecht oder die sexuelle Orientierung der Menschen mit Pflegebedarf nimmt, haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.

(4) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.

(5) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach dieser Vorschrift hinzuweisen.

§ 4

Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen

(1) Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Prävention und Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. In gleicher Weise sollen sie im Rahmen der Durchführung von Leistungen zur weiteren medizinischen Prävention mitwirken.“

4. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 11 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 1“ ersetzt.
- b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „§ 7a Absatz 3 Satz 2“ durch die Angabe „§ 7d Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.
 - bb) In Satz 5 wird die Angabe „Beratung nach den §§ 7a und 7c“ durch die Angabe „Pflegebegleitung nach § 7c“ ersetzt.
 - cc) In Satz 7 wird die Angabe „§ 11 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 1“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1a Satz 4 sowie zur Unterstützung der Datenauswertung nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 des Fünften Buches im Wege einer wissenschaftlichen Expertise relevante Risikofaktoren zur Erkennung einer noch nicht festgestellten, drohenden oder bestehenden Pflegebedürftigkeit zu erheben. Die Erkenntnisse sind bei der Festlegung der Ziele nach den Absätzen 1 und 1a sowie bei der Pflegebegleitung der Versicherten nach § 7c, bei einer Leistungserbringung nach § 36 oder bei einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 zu berücksichtigen. Das Nähere zur Erstellung der wissenschaftlichen Expertise und zur Einbeziehung der Pflegekassen bestimmt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht vor über die Umsetzung und den Erfolg der Maßnahmen zur Reduzierung der nach Satz 1 ermittelten Risikofaktoren sowie über deren Berücksichtigung und Erfolg in der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen.“
- d) Die bisherigen Absätze 4 bis 6 werden zu den Absätzen 5 bis 7.

5. § 6 wird durch den folgenden § 6 ersetzt:

„§ 6

Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

(1) Inhalt und Organisation der Leistungen, die Pflegeeinrichtungen erbringen, haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde jederzeit zu gewährleisten. Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Pflegeeinrichtungen unterstützen die Versicherten dabei, durch eine gesundheitsbewusste Alltagsgestaltung und durch präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflegemaßnahmen, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

(2) Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohl-

fahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen. Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.

(3) Die Bestimmungen des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes bleiben unberührt.

(4) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die über eine Erlaubnis nach den §§ 1, 58 Absatz 1 oder 2 oder § 64 des Pflegeberufgesetzes verfügen. Die Pflege durch Pflegeeinrichtungen schließt die Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen für die Erbringung von Leistungen nach diesem Buch ein. Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte und anderes Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt, einzubeziehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über vorhandene Konzepte zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen.“

6. Nach § 6 werden die folgenden §§ 7 und 7a eingefügt:

„§ 7

Aufgaben der Pflegekassen

(1) Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 7e, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Die Pflegekassen bilden zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften. § 94 Absatz 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere über die Pflegebegleitung nach § 7c sicher, dass im Einzelfall häusliche Pflegehilfe, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches anwenden.

§ 7a

Pflege-Cockpit

(1) Die Pflegekassen gewährleisten eine transparente Information der Versicherten. Sie eröffnen für jede bei ihnen versicherte pflegebedürftige Person jeweils einen einheitlichen digitalen Zugang zu allgemeinen und individuellen Informationen zur Pflege-

geversicherung, zur Organisation der Pflege und zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen sowie zur Kommunikation zwischen Pflegekasse und Versicherten (Pflege-Cockpit). Die Pflegebedürftigen und die von ihnen durch Erklärung gegenüber der Pflegekasse bevollmächtigten Personen erhalten über diesen digitalen Zugang mindestens

1. kurze und einfach nachvollziehbare Informationen zu den Angeboten und Leistungen der Pflegeversicherung,
2. einen Überblick über die Leistungen, die die Versicherten in ihrem jeweiligen Pflegegrad beanspruchen können,
3. individuelle Informationen über die Leistungen, die die Pflegebedürftigen beziehen, sowie den möglichst aktuell dargestellten Umfang ihres jeweiligen Leistungsbezugs,
4. die Möglichkeit, Anträge oder Anfragen sowie, sofern erforderlich, Belege bei der Pflegekasse einzureichen und den jeweiligen Status der Bearbeitung zu sehen,
5. die Möglichkeit, die Abtretung eines Anspruchs gemäß § 35b gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen, eine Änderung an der Abtretungsvereinbarung zu übermitteln und den jeweiligen Status einer erklärten Abtretung einzusehen,
6. die Möglichkeit, jederzeit Einblick in die für die Pflegebedürftigen ausgesprochenen Empfehlungen zu erhalten, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben worden sind,
7. die Möglichkeit, in den Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7b aufgeführte Anbieter und Angebote zu suchen und Informationen zu deren Leistungen und den Preisen abzurufen,
8. Informationen zu vor Ort, online oder telefonisch verfügbaren Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen, insbesondere zur Pflegebegleitung nach § 7c,
9. die Möglichkeit, sich vor Ort oder online stattfindende aktuell verfügbare Schulungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Pflege anzeigen zu lassen oder solche zu suchen,
10. spezifische Informationen zur Pflege, zu Austausch- und Schulungsmöglichkeiten sowie zu Selbsthilfe- und Unterstützungsangeboten, sofern die Pflegebedürftigen zu einer besonderen Zielgruppe gehören.

Die Darstellung der Inhalte erfolgt in einer für die Versicherten einfach verstehbaren Form und Sprache und in einer für sie wahrnehmbaren Form. Bei der Entwicklung der Darstellung der Inhalte und von Funktionen des Pflege-Cockpits wird die Sicht von Nutzerinnen und Nutzern systematisch eingebunden und auf eine für diese leicht verständliche Nutzbarkeit geachtet. Bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits wird in der Konzeption zudem ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte mitgedacht. Die geltenden Anforderungen an den Datenschutz sind zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zu gewährleisten.

(2) Die Pflegekassen sollen ihren Versicherten zudem bereits vor Feststellung einer Pflegebedürftigkeit einen digitalen Zugang zu Informationen insbesondere zu Präventionsmöglichkeiten und -angeboten und zu allgemeinen Informationen zur Pflegeversicherung sowie zu den Voraussetzungen der Stellung eines Antrags auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stellen.

(3) Die Pflegekassen haben ihren Versicherten den digitalen Zugang zu den Informationen und Funktionen des Pflege-Cockpits gemäß Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 7 spätestens bis zum 1. Juli 2028 zu eröffnen. Die weiteren Funktionen sind spätestens bis zum 1. Januar 2030 bereitzustellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die Einführung des Pflege-Cockpits und legt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Dezember 2030 einen Evaluationsbericht vor; er kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen.“

7. Der bisherige § 7 wird zu § 7b und wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 7b

Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen“.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „informieren“ die Angabe „, individuell zu beraten“ eingefügt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c“ durch die Angabe „Pflegebegleitung nach § 7c, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7e“ ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 2 Absatz 2“ durch die Angabe „§ 3“ ersetzt.

8. Die bisherigen §§ 7a und 7b werden durch die folgenden §§ 7c und 7d ersetzt:

„§ 7c

Pflegebegleitung

(1) Ab dem 1. Januar 2028 haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und ihre pflegenden An- und Zugehörigen Anspruch auf präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung in der Pflege (Pflegebegleitung). Ziel der Pflegebegleitung ist, die gesundheitliche und pflegerische Situation der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern, ihre Selbständigkeit zu erhalten, pflegende An- und Zugehörige zu unterstützen und zu entlasten sowie die häusliche Pflegesituation durch ein stabiles Versorgungsarrangement nachhaltig aufrechtzuerhalten.

(2) Die Aufgaben der Pflegebegleitung sind insbesondere:

1. den Unterstützungsbedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu erkennen, zu ermitteln und festzuhalten,
2. ein stabiles Versorgungsarrangement unter Einbeziehung der Angehörigen, der Zugehörigen und des Umfelds sowie unter Berücksichtigung der im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu gestalten und dessen Umsetzung zu begleiten,

3. Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen im Pflegealltag zu begleiten, individuell fachlich anzuleiten und Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege zu vermitteln,
4. bei der Umsetzung insbesondere der Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen, die im Rahmen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ausgesprochen wurden, zu unterstützen,
5. bei der Umsetzung von Maßnahmen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung empfohlen wurden, zu unterstützen,
6. Pflegebedürftige zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln zu beraten und bei der Beantragung zu unterstützen,
7. die Situation der pflegenden An- und Zugehörigen systematisch mit einzubeziehen, vom Medizinischen Dienst gegebene Empfehlungen zu berücksichtigen und im Bedarfsfall konkrete Entlastungsmöglichkeiten aufzuzeigen und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen,
8. Pflegebedürftige in pflegerischen Akutsituationen nach § 39 Absatz 2 zu unterstützen, bei Bedarf weitere Hilfen zu organisieren und Einschätzungen nach § 39a Absatz 3 Satz 2 und § 42 Absatz 4 abzugeben.

Für die nähere Ausgestaltung der Inhalte, das Verfahren und die Durchführung der Pflegebegleitung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich.

(3) Die Pflegekasse hat der pflegebedürftigen Person unmittelbar nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Termin für eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung anzubieten. Die Pflegebegleitperson und die pflegebedürftige Person vereinbaren weitere Termine, wenn dies aus pflegfachlicher Sicht angezeigt und die pflegebedürftige Person einverstanden ist. Alle Termine können auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person auch telefonisch oder durch barrierefreie digitale Anwendungen erfolgen. 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.

(4) Unabhängig von Absatz 3 können sich Pflegebedürftige und ihre pflegenden An- und Zugehörigen mit Begleitungs- oder Unterstützungsbedarf an die Pflegebegleitperson wenden; gleiches gilt in pflegerischen Akutsituationen nach § 39 Absatz 2.

(5) Pflegebedürftige mit besonderem Unterstützungsbedarf zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung werden durch die Pflegekasse mit einem Fallmanagement durch eine Pflegebegleitperson organisierend und koordinierend unterstützt, sofern die pflegebedürftige Person ihr Einverständnis gegenüber der Pflegekasse erklärt hat. Im Rahmen des Fallmanagements wird eine strukturierte, fallbezogene Methode zur bedarfsgerechten Steuerung komplexer Pflegehilfesituationen eingesetzt. Die Aufgabe der Pflegebegleitpersonen ist dabei insbesondere die Unterstützung:

1. bei der rechtskreisübergreifenden Beantragung von in Betracht kommenden Sozialleistungen sowie der Suche nach und der Inanspruchnahme von passenden Angeboten,
2. bei der Suche, Inanspruchnahme und Organisation weiterer unterstützender Angebote und Hilfen.

Sollte die Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens sichergestellt werden können, hat die Pflegebegleitperson die Pflegekasse entsprechend zu informieren. Für die Pflegekasse gilt der Sicherstellungsauftrag nach § 69. Das Fallmanagement kann auf Wunsch der pflegebedürftigen Person als Videokonferenz erfolgen oder durch sonstige barrierefreie digitale Anwendungen ergänzt werden, soweit dem aus fachlicher Sicht der Pflegebegleitperson nichts entgegensteht. In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a werden die Voraussetzungen für einen besonderen Unterstützungsbedarf, die strukturierte Methode zur Steuerung der Pflegehilfesituation sowie die Bestimmung eines angemessenen Zeitrahmens gemäß Satz 4 festgelegt. Auch für die nähere Ausgestaltung der Inhalte, das Verfahren und die Durchführung des Fallmanagements sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich.

(6) Pflegebedürftige, die das Entlastungsbudget nach § 37 Absatz 1 beziehen, haben einmal jährlich eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung abzurufen. Diese dient auch der Feststellung, dass die Versorgung der pflegebedürftigen Person sichergestellt ist. Die Pflegebegleitperson hat die Durchführung der Pflegebegleitung gegenüber der Pflegekasse zu bestätigen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch gegenüber der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Rufen Pflegebedürftige die Pflegebegleitung nicht ab, hat die Pflegekasse das Entlastungsbudget angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen. Stellt die Pflegebegleitperson fest, dass die Versorgung nicht sichergestellt ist, hat sie geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation vorzuschlagen, auf deren Durchführung hinzuwirken und einen verpflichtenden Folgetermin in der häuslichen Umgebung zu vereinbaren. Stellt die Pflegebegleitperson bei diesem Folgetermin fest, dass die Versorgung der pflegebedürftigen Person weiterhin nicht sichergestellt ist, hat sie die Pflegekasse entsprechend zu informieren. Die Pflegekasse hat sodann ein Fallmanagement nach Absatz 5 anzubieten. Nimmt die pflegebedürftige Person das angebotene Fallmanagement nicht in Anspruch, kann die Pflegekasse das Entlastungsbudget entziehen. Gleiches gilt, wenn die pflegebedürftige Person den Folgetermin nach Satz 5 nicht zeitnah wahrnimmt.

(7) Für die Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements erforderliche Datenverarbeitungen dürfen nur mit Einverständnis der pflegebedürftigen Person erfolgen. Ist die Pflege nach Absatz 5 Satz 4 oder Absatz 6 Satz 6 nicht sichergestellt, darf die Pflegekasse die erforderlichen Daten auch ohne das Einverständnis verarbeiten.

(8) Die Absätze 1 bis 7 gelten für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.

§ 7d

Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung

(1) Die Pflegekassen stellen vorbehaltlich der Absätze 4 und 5 die Pflegebegleitung nach § 7c sicher. Sie arbeiten dabei entsprechend § 7 mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und fördern, insbesondere durch die Integration in Pflegestützpunkte, regionale Vernetzungsstrukturen. Sie treffen hierfür Vereinbarungen zur bundesweiten und kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegebegleitung; hierzu gehört, dass sie einen Verantwortlichen für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt benennen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Die Pflegekassen können die Pflegebegleitung auch ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.

(2) Die Pflegekassen setzen für die Aufgaben nach § 7c entsprechend qualifizierte Pflegebegleitpersonen ein. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 3 genannten Parteien bis zum 30. Juni 2027 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegebegleitpersonen ab.

(3) Die Pflegekassen stellen zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach § 7c für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt jährlich finanzielle Mittel bereit. Diese Mittel berechnen sich anhand von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege, die bei der Pflegekasse versichert ist, mit Wohnsitz in dem jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt. Die Mittel je Kreis oder kreisfreier Stadt setzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Fall der Übernahme nach Absatz 4 oder 5 jährlich in Richtlinien fest. Die Pflegekassen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die hierfür erforderlichen Daten jährlich bis spätestens zum 30. Juni zur Verfügung. Die Mittel dienen

1. der Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements,
2. der Schulung und Qualifizierung der Pflegebegleitpersonen.

Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der finanziellen Mittel aus dem Ausgleichsfonds nach § 65 regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe können auf Grund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur gemeinsamen und vollständigen Übernahme der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 1 durch Pflegestützpunkte nach § 7e verlangen. Die Übernahme bezieht sich auf das Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe oder der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe. Übernehmen die in Satz 1 Genannten die Pflegebegleitung im Rahmen der Pflegestützpunkte, gelten die Absätze 1 bis 3, § 7c Absatz 2 bis 7 sowie die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a entsprechend.

(5) Wird die Pflegebegleitung nicht nach Absatz 4 durch Pflegestützpunkte erbracht, können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Pflegebegleitung auf Grund landesrechtlicher Vorschriften übernehmen. Die Übernahme bezieht sich auf das Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe oder der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe. Mehrere Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe können auch gemeinschaftlich und gebietsübergreifend die Pflegebegleitung übernehmen. Übernehmen die in Satz 1 Genannten die Pflegebegleitung, gelten die Absätze 1 bis 3, § 7c Absatz 2 bis 7 sowie die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a entsprechend.

(6) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe haben die Übernahme der Pflegebegleitung nach Absatz 4 oder 5 bis zum 31. Mai 2027 gegenüber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen anzuzeigen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit zum 1. Januar 2032 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Strukturen, die Durchführung, die Ergebnisse und die Wirkungen der Pflegebegleitung sowie des Fallmanagements vor. Er kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen.“

9. Der bisherige § 7c wird zu § 7e und wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 7e

Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung“.

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

„(1b) Bestimmen 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, dass die Pflegebegleitung nach § 7c durch den Pflegestützpunkt durchgeführt wird, so bedarf es der Anpassung der erforderlichen Verträge innerhalb von sechs Monaten nach der Anzeige nach § 7d Absatz 6.“

c) Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote sowie die Pflegebegleitung nach § 7c in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a bei Übernahme nach § 7d Absatz 4,“.

d) In Absatz 6 Satz 4 wird die Angabe „Bundesversicherungsamt“ durch die Angabe „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

10. § 8 Absatz 3 bis 10 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ab der 22. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages einmal in jeder Wahlperiode des Deutschen Bundestages über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Der Bericht umfasst zukünftig auch Angaben zur Entwicklung

1. der Einkommenssituation der Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung,
2. der Höhe der von den Leistungsbeziehern der sozialen Pflegeversicherung zu erbringenden Eigenanteile,
3. der Verbreitung der bei einem Teilleistungssystem notwendigen zusätzlichen privaten Absicherung von pflegebedingten Kosten,
4. der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege.

(4) Die Pflegekassen stellen ihnen zur Verfügung stehende nicht personenbezogene Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereit. Dabei sind auch relevante nicht personenbezogene Daten der Krankenkassen sowie die Informationen nach § 73a Absatz 3 zu berücksichtigen. Die Aufgabe nach Satz 1 kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet zur Aufgabenerfüllung nach Satz 1 bis 3 bis zum 31. Oktober 2028 eine digitale Datenplattform. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemein-

schaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe Empfehlungen zu Umfang und Struktur der Daten, zu geeigneten Indikatoren, zum Turnus der Evaluationen, zur Kostentragung und zur Datenaufbereitung. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Oktober 2026 vorzulegen. Die Finanzierung der digitalen Datenplattform nach Satz 4 erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“

11. § 8a wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 8a

Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung“.

- b) Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Ausschuss soll zur Umsetzung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, einvernehmlich Empfehlungen abgeben.“

- c) Nach Absatz 4 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Soweit landesrechtlich geregelt, sind dabei Indikatoren für eine Feststellung von Unterversorgung auf Ebene der Landkreise oder der kreisfreien Städte als Grundlage einer Pflegestrukturplanungsempfehlung unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung (§ 4), der gemeinsamen Verantwortung (§ 8 Absatz 1 und 2), der Aufgaben der Länder (§ 9) sowie der Aufgaben und des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§§ 7 und 69) zu bestimmen.“

- d) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Durch Landesrecht können nähere Bestimmungen getroffen werden, welche Maßnahmen im Rahmen der Zuständigkeit der Länder und mit welcher Frist geeignet sind, eine aufgrund der Indikatoren der Pflegestrukturplanungsempfehlung festgestellte Unterversorgung zu beheben. Dabei sind die Erkenntnisse der Pflegekassen nach § 69 Absatz 2 Satz 1 und aus den Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 zu berücksichtigen.“

12. § 9 wird durch den folgenden § 9 ersetzt:

„§ 9

Aufgaben der Länder

(1) Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Die Länder können bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturpla-

nung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, sofern diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind. Durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder eine finanzielle Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen als Förderung gilt. Die nach Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen kann sich auch an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientieren. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

(2) Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen.“

13. Die bisherigen §§ 10 bis 12 werden durch die folgenden §§ 10 bis 12 ersetzt:

„§ 10

Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

(1) Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet und hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege anhand eines zu entwickelnden interprofessionell anschlussfähigen Modells zur Ermittlung des Reifegrades der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Digitalisierung, einschließlich der Aufgaben gemäß § 113e Absatz 5,
2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege, unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 78a,
3. Entwicklung eines standardisierten Nutznachweises digitaler Anwendungen, der für alle Rechtskreise, in denen die pflegerische Versorgung stattfindet, angewendet werden kann,
4. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegenden und Pflegeberatenden mit geeigneten Maßnahmen und
5. Unterstützung der Leistungserbringer der Pflege beim Anschluss an die Telematikinfrastruktur und beim Betrieb von pflegespezifischen Anwendungen in der Telematikinfrastruktur in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik.

(2) Aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden jährlich zwei Millionen Euro für die Durchführung der Aufgaben des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege zur Verfügung gestellt. Die privaten Versicherungsunternehmen, die

die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Satz 1 ergeben. Dieser Finanzierungsanteil kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., 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 Pflegerat, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und, soweit vorhanden, mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere bei der Umsetzung der Aufgaben nach Absatz 1 beteiligt werden, sofern diese einen Bezug zur Telematikinfrastruktur aufweisen. Ebenso ist die oder der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit ins Benehmen zu setzen, sofern datenschutzrechtliche Belange betroffen sind. Für die Förderung gilt § 11 Absatz 1 Satz 4, 7 und 11 entsprechend.

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

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

(5) Die Arbeit des Kompetenzzentrums wird durch einen Beirat begleitet. Die Einrichtung erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. 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 Pflege- und Krankenkassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, des Deutschen Pflegerates, der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt, des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege.

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

§ 11

Förderung von Innovation und Digitalisierung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 10 Millionen Euro im Kalenderjahr Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Absatz 2 Satz 2 abgewichen werden. Mehrbelastungen der Pflegeversicherung, die dadurch entstehen, dass Pflegebedürftige, die das Entlastungsbudget beziehen, durch Einbeziehung in ein Modellvorhaben höhere Leistungen als das Entlastungsbudget erhalten, sind in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einzubeziehen. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen; dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen. Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben, Studien, wissenschaftlichen Expertisen oder anderen Maßnahmen personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung der betreffenden Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 mit 10 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben für eine Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren (Pflegenottelefon). Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sollen insbesondere die intersektorale Vernetzung mit bestehenden telefonischen und digitalen Angeboten des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b des Fünften Buchs und der Notfallversorgung oder anderer komplementärer Dienste sicherstellen. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu veranlassen.

(3) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stär-

kere 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 und zum sachgerechten Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2027 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 8 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(4) Zur Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung des Pflegepersonals wird aus Finanzmitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität ein Förderprogramm für die Digitalisierung ambulanter und teilstationärer Pflegeeinrichtungen eingerichtet. Das Förderprogramm dient der Finanzierung von Investitionen insbesondere in sichere und interoperable digitale Infrastruktur, digitale Pflegeanwendungen und die Qualifizierung des Personals im Umgang mit digitalen Technologien. Die Mittel in Höhe von 1,6 Milliarden Euro werden aus dem Sondervermögen zum 30. Juni 2027 an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung übertragen. Die Mittelvergabe an die Pflegeeinrichtungen beginnt ab dem 1. Juli 2027 und erfolgt in den Jahren 2027 bis 2031. Sie erfolgt nach Maßgabe der verfügbaren Haushaltsmittel und unter Beachtung der Bedingungen des Bundesministeriums der Finanzen für die Nutzung des Sondervermögens. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(5) Die Förderung nach Absatz 4 kann von zugelassenen ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen bei der für die Auszahlung zuständigen Pflegekasse beantragt werden. Förderfähige Maßnahmen der Digitalisierung in der Pflege sind insbesondere:

1. die Anschaffung und Implementierung digitaler Pflege- und Dokumentationssysteme,
2. die Einführung von Assistenzsystemen zur Entlastung des Pflegepersonals,
3. die Schaffung von IT-Infrastruktur, insbesondere sichere Netzwerke und Endgeräte,
4. die Qualifizierung des Personals im sicheren Umgang mit digitalen Technologien,
5. die Entwicklung und Einführung von interoperablen Schnittstellen für die interprofessionelle Zusammenarbeit und

6. Maßnahmen zur Erhöhung der IT-Sicherheit.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2027 Richtlinien über das Nähere zu den Voraussetzungen, der Höhe der Förderung pro Pflegeeinrichtung und zu dem Verfahren der Gewährung des Förderbetrags nach den Absätzen 4 und 5 unter Berücksichtigung der Maßnahmen nach § 10 Absatz 1 Nummer 1. Hierbei ist auch jeweils eine für die Auszahlung zuständige Pflegekasse zu bestimmen. Dabei sind die Voraussetzungen zur Investitionsförderung aus dem Sondervermögen zu beachten, einschließlich des Nachweises der Wirtschaftlichkeit und der Nachhaltigkeit der geplanten Investitionen sowie der Anforderungen an die Evaluation der Investitionswirkung, der Art und Weise der Beteiligung der Einrichtungen an der Evaluation und den Folgen bei Nichtteilnahme an der Evaluation. Die Richtlinien regeln darüber hinaus, dass die Empfänger der Fördermittel verpflichtet sind, die Verwendung der Mittel gegenüber der zuständigen Pflegekasse nachzuweisen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sowie Mittel bei Nichtteilnahme an der Evaluation sind von den Pflegekassen zurückzufordern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über den Stand der Mittelverwendung.

(7) Die Richtlinien nach Absatz 6 bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(8) § 12 Absatz 5 und 6 gilt für die Förderung nach Absatz 3 entsprechend.

§ 12

Förderung guter Versorgung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 3 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Bei Modellvorhaben, die den Einsatz von zusätzlichem Personal in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung erfordern, können die dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung der Modellvorhaben nicht belastet werden. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht werden, können sie in das folgende Haushaltsjahr übertragen werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung

durch Vereinbarung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Über die Auswertung der Modellvorhaben ist von unabhängigen Sachverständigen ein Bericht zu erstellen. Der Bericht ist zu veröffentlichen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben, Studien oder wissenschaftlichen Expertisen personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung der betreffenden Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(2) Bei Modellvorhaben nach Absatz 1 sowie nach § 11 Absatz 1, die die Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen zum Gegenstand haben und bei denen die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung durch eine staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule oder eine wissenschaftliche Organisation, die nach vergleichbaren wissenschaftlichen Standards arbeitet, durchgeführt wird, können die Kooperationsaufwendungen für die Pflegeeinrichtungen sowie die Personalaufwendungen für qualifizierte Pflegefachpersonen, die für die Zwecke der Erprobung in der Pflegeeinrichtung als Bindeglied zwischen Hochschule und Pflegeeinrichtung fungieren, Wissen vermitteln, Bildungsangebote gestalten und Forschungsaktivitäten unterstützen, in das vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden. Bestehende Finanzierungszuständigkeiten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung bleiben dabei bestehen; Doppelfinanzierungen sind ausgeschlossen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Anforderungen an Modellvorhaben, die sich für den Einsatz von Pflegefachpersonen nach Satz 1 eignen, sowie die Anforderungen an qualifizierte Pflegefachpersonen und die beteiligten Pflegeeinrichtungen fest. Soweit Pflegeeinrichtungen mit Verträgen nach § 75a innovative Konzepte in der pflegerischen Versorgung außerhalb von Modellvorhaben nach Absatz 1 oder nach § 11 Absatz 1 praktisch erproben, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene die Dauer, Inhalte und das Nähere zur Durchführung von wissenschaftlichen Expertisen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen sowie bei ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere relevante Fachexpertinnen und Fachexperten sowie Fachorganisationen sollen an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. Für die Umsetzung der Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 5 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2026 bis 2031 Fördermittel von insgesamt 10 Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent; § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen

der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. 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; ab dem 1. Januar 2027 können sie auch mit dem Ziel erfolgen, rehabilitative Aspekte der pflegerischen Versorgung zu stärken, die über die aktivierende Pflege hinausgehen. Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichsfonds sowie im Umfang von fünf Millionen Euro pro Kalenderjahr für Fördermaßnahmen nach § 11 Absatz 1 verringert; soweit diese Mittel in einem Kalenderjahr nicht für Fördermaßnahmen nach § 11 Absatz 1 beansprucht worden sind, erhöhen diese im Folgejahr die Mittel für die Förderung nach diesem Absatz. Förderfähig sind alle Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, insbesondere für ihre in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern oder rehabilitative Aspekte der pflegerischen Versorgung zu stärken; dazu gehören insbesondere

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie weitere Maßnahmen zur Entlastung insbesondere der in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
2. Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal,
3. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitgestaltung und Dienstplangestaltung, einschließlich Maßnahmen im Zusammenhang mit lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen, Personalpools sowie weiteren betrieblichen Ausfallkonzepten,
4. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten,
5. Maßnahmen zur personenzentrierten und kompetenzorientierten Personalentwicklung unter Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen, einschließlich der Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten, der Personalqualifizierung und der Führung,
6. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit Kunden,
7. Maßnahmen zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur,
8. Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland sowie
9. Maßnahmen zur Erstellung und Umsetzung von Konzepten, die der Verbesserung und der Wiederherstellung der Selbständigkeit und von Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen dienen, wie der Durchführung von individuell angepassten Bewegungseinheiten einschließlich entsprechender Maßnahmen zur Schulung der in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; die zur Förderung eingereichten Maßnahmen und Konzepte sind mit Zustimmung der Pflegeeinrichtung zum Zweck der Veröffentlichung an die Geschäftsstelle nach § 113d zu übermitteln.

Die Maßnahmen im Sinne des Satzes 1 umfassen jeweils alle erforderlichen Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung, insbesondere die Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Füh-

rungskräfte und Beschäftigten sowie die Begleitung der Umsetzung. Folgende jährliche Förderzuschüsse sind möglich:

1. bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 25 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Leistungen in der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, in Höhe von bis zu 10 000 Euro; dabei werden bis zu 70 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert;
2. bei Pflegeeinrichtungen ab 26 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Leistungen in der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, in Höhe von bis zu 7 500 Euro; dabei werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert.

Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Die in den Sätzen 1 und 2 genannten Beträge sollen unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 6 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 14 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(5) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 4 ergeben. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. § 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach Absatz 4 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung so-

wie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 5 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung.“

14. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4b wird gestrichen.
- b) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „Pflegegeld“ durch die Angabe „das Entlastungsbudget“ ersetzt.

15. § 14 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 wird die Angabe „voraussichtlich“ durch die Angabe „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ ersetzt.
- b) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:
„In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 werden die Anforderungen an die Wahrscheinlichkeitsprognose und die dazu erforderlichen Ausführungen im Gutachten nach § 18b näher konkretisiert.“

16. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 15 bis unter 30 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 30 bis unter 50 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 50 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.“

- b) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 15 bis unter 30 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 30 bis unter 50 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 50 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.“

- c) In Absatz 8 Satz 3 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 11 Absatz 1“ ersetzt.

17. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 Satz 7 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Bei erforderlich werdenden Anpassungen der Richtlinien ist jeweils auch zu prüfen, inwieweit nach neuen pflegfachlichen oder medizinischen Erkenntnissen das Begutachtungsverfahren weiterentwickelt und von übermäßigen Aufwänden, wie beispielsweise bei Dokumentationspflichten, entlastet werden kann. Die Vorschläge des Expertenbeirates nach § 18f sind bei jeder Anpassung zu berücksichtigen.“

- b) Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund bis zum 30. Juni 2027 Richtlinien zur einheitlichen Umsetzung der Pflegebegleitung nach § 7c (Pflegebegleitungs-Richtlinien). Die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zur näheren Ausgestaltung der Inhalte, zum Verfahren und zur Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements nach § 7c Absatz 5; dies schließt Vorgaben zu den Voraussetzungen für einen besonderen Unterstützungsbedarf, der strukturierten Methode zur Steuerung der Pflegehilfesituation sowie der Bestimmung eines angemessenen Zeitrahmens mit ein. An den Pflegebegleitungs-Richtlinien sind die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihren Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Pflegebegleitungs-Richtlinien sind für alle Pflegebegleitpersonen, die Pflegebegleitung nach § 7c durchführen, unmittelbar verbindlich.“

18. § 18 Absatz 1 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind und in welchen geeigneten Fällen, auf welche Weise und durch welche Stelle bundeseinheitlich vor der Durchführung der Begutachtung im Wege einer Evidenzkontrolle der tatsächliche Bedarf einer Begutachtung beim Antragsteller zu erfragen ist. Hierbei ist der Antragsteller zu den Erfolgsaussichten seines Antrags zu beraten und ihm die Gelegenheit zu geben, seinen Antrag zurückzunehmen. Wird der Antrag zurückgenommen, hat die Begutachtung zu unterbleiben.“

19. § 18a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches; der Versicherte ist vom Medizinischen Dienst frühzeitig über die möglichen Folgen seiner fehlenden Mitwirkung zu informieren.“

- b) In Absatz 3 Satz 3 und Absatz 8 Satz 1 wird jeweils die Angabe „Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a“ durch die Angabe „Gestalten eines stabilen Versorgungsarrangements nach § 7c“ ersetzt.

20. § 18b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet

1. die Feststellungen, die in der Begutachtung nach § 18a vorzunehmen sind, insbesondere das Ergebnis der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,
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, sofern nicht Gründe entgegenstehen, die im Gutachten für den einzelnen Fall gesondert zu erläutern sind,
 - 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, sowie
3. Feststellungen zu den wichtigsten erkennbaren Einschränkungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und den dadurch voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung in einem eigenen Gutachtenabschnitt; Empfehlungen auszusprechen sind zu daraus ableitbaren Beratungs- und gegebenenfalls Handlungsbedarfen der Pflegebegleitung, insbesondere zu
 - a) den ersten Schritten zur Einleitung der pflegerischen Versorgung und erforderlichenfalls eines Fallmanagements zur Deckung besonderer pflegerischer Unterstützungsbedarfe und
 - b) der Vermeidung einer Überlastung der im Gutachten genannten Pflegepersonen, sofern diese bei der Begutachtung anwesend waren und bei gezielter Nachfrage eine besondere Belastungssituation beschrieben haben.“

- b) Nach Absatz 3 Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

„Ebenso werden in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Inhalte der Feststellungen und Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 konkretisiert; die Richtlinien sind diesbezüglich in regelmäßigen Abständen an neue pflegefachliche Erkenntnisse anzupassen.“

c) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(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. Zur Ermöglichung der Pflegebegleitung werden die dafür erforderlichen Informationen des Gutachtens mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in gesicherter elektronischer Form an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle übermittelt. Die Stelle zur Pflegebegleitung ist dem Medizinischen Dienst sowie dem Pflegebedürftigen vor dessen Einwilligung von der Pflegekasse konkret zu benennen. Auf Verlangen des zuständigen Trägers der Sozialhilfe hat die Übermittlung des Gutachtens in gesicherter elektronischer Form auch an diesen zu erfolgen, soweit dies zur Ermöglichung einer bedarfsgerechten Leistungsgewährung erforderlich ist.“

21. In § 18c Absatz 5 Satz 2 wird nach der Angabe „nicht, wenn“ die Angabe „und solange“ eingefügt.

22. Nach § 18e wird der folgende § 18f eingefügt:

„§ 18f

Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

(1) Beim Medizinischen Dienst Bund wird ein Beirat eingerichtet.

(2) Der Beirat dient der wissenschaftlich fundierten und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Instrumente und des Verfahrens zur Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises der sozialen Pflegeversicherung. Er wird eigeninitiativ oder aufgrund konkreter Aufgabenzuweisung durch den Medizinischen Dienst Bund oder das Bundesministerium für Gesundheit tätig.

(3) Der Beirat besteht aus den folgenden sieben Mitgliedern:

1. fünf Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft,
2. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen,
3. eine Vertreterin oder ein Vertreter der Medizinischen Dienste.

Die Vertreterinnen und Vertreter sollen hinsichtlich der Pflegebegutachtung über besondere sozialrechtliche, pflegewissenschaftliche oder statistische Erfahrungen oder über ausgewiesene einschlägige wissenschaftliche Kenntnisse verfügen.

(4) Der Beirat hat die Aufgabe,

1. den Medizinischen Dienst Bund sowie das Bundesministerium für Gesundheit bei der wirkungsvollen Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung zu beraten und entsprechende Empfehlungen zu geben,

2. dem Medizinischen Dienst Bund konkrete Vorschläge zur Umsetzung der genannten Empfehlungen in seinen Richtlinien zu unterbreiten und
3. dem Bundesministerium für Gesundheit konkrete Vorschläge zur gesetzlichen Umsetzung der genannten Empfehlungen zu unterbreiten.

(5) Die Mitglieder des Beirats werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorgeschlagen und für die Dauer von vier Jahren vom Medizinischen Dienst Bund im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit berufen. Sie bleiben nach Ablauf dieses Zeitraumes noch so lange im Amt, bis die neuen Mitglieder berufen worden sind. Die Mitglieder des Beirats können auf ihre Mitgliedschaft verzichten. Der Verzicht ist gegenüber dem Medizinischen Dienst Bund schriftlich oder elektronisch zu erklären. Hierüber ist das Bundesministerium für Gesundheit vom Medizinischen Dienst Bund zu unterrichten. Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, so ist unverzüglich an seiner Stelle ein neues Mitglied zu berufen.

(6) Die Mitglieder des Beirats sind in der Ausübung ihrer Tätigkeit im Beirat unabhängig, unterliegen keinen Weisungen und sind ausschließlich dem öffentlichen Interesse verpflichtet.

(7) Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(8) Der Beirat wählt nach Maßgabe seiner Geschäftsordnung aus seiner Mitte ein vorsitzendes und ein stellvertretendes vorsitzendes Mitglied.

(9) Für den Beirat unterhält der Medizinische Dienst Bund eine Geschäftsstelle. Diese Geschäftsstelle muss angemessen ausgestattet werden.

(10) Die Mitglieder des Beirats erhalten Ersatz von Reisekosten und ein angemessenes Sitzungsgeld, das der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festsetzt.

(11) Der Beirat soll mindestens einmal im Halbjahr zu einer Sitzung zusammentreten. Sitzungen sind anzuberaumen, wenn der Medizinische Dienst Bund, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder das Bundesministerium für Gesundheit die Einberufung beantragen. Die oder der Vorsitzende des Beirats kann jederzeit eine Sitzung anberaumen. Der Beirat kann andere Sachverständige im Rahmen seiner Tätigkeit in geeigneter Form einbeziehen.

(12) Die Sitzungen sind nichtöffentlich, soweit der Beirat nach Maßgabe seiner Geschäftsordnung nichts anderes beschließt. Die schriftlichen Dokumente des Beirats wie Berichte, Empfehlungen, Gutachten und Positionspapiere sind dem Medizinischen Dienst Bund, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit elektronisch zu übermitteln.

(13) Ein Vertreter des Medizinischen Dienstes Bund, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie des Bundesministeriums für Gesundheit nimmt beratend an den Sitzungen teil. Sie oder er muss während der Sitzung jederzeit gehört werden.

(14) Der Beirat berichtet dem Medizinischen Dienst Bund sowie dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über seine Tätigkeit nach Absatz 4.

(15) Der Beirat informiert den Medizinischen Dienst Bund sowie das Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen über den Tätigkeitsbericht nach Absatz 14 hinaus über seine Tätigkeiten. Die Information erfolgt in den Sitzungen des Beirats, schriftlich, elektronisch oder fernmündlich.“

23. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegebegleitung (§ 7c),
 - 1a. Beratung nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zum 31. Dezember 2027 (§ 37 Absatz 3 Satz 7),
2. Sachleistungsbudget (§ 36),
3. Entlastungsbudget (§ 37),
4. Kombination von Entlastungsbudget und Sachleistungsbudget (§ 38),
5. Überbrückungsbudget (§ 39 in Verbindung mit den §§ 39a und 42),
6. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
7. digitale Pflegeanwendungen (§ 40a in Verbindung mit § 40b) und ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 40c in Verbindung mit § 40b),
8. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
9. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42b),
10. vollstationäre Pflege (§ 43),
11. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),
12. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),
13. Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (§ 43c),
14. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
15. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),
16. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
17. Sozialraumbudget (§ 45b),
18. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45f),
19. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c (§ 45h),
20. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches gemäß § 35a.“

b) Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:

„(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen bis zum 31. Dezember 2027 Anspruch auf Pflegeberatung nach Maßgabe des § 144 Absatz 4.“

24. § 28a wird durch den folgenden § 28a ersetzt:

„§ 28a

Leistungen bei Pflegegrad 1

Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

1. Pflegebegleitung gemäß § 7c,
 - 1a. Pflegeberatung nach Maßgabe des § 144 Absatz 4,
 - 1b. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3 Satz 2 bis zum 31. Dezember 2027,
2. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40,
3. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40,
4. digitale Pflegeanwendungen gemäß § 40a in Verbindung mit § 40b und ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gemäß § 40c in Verbindung mit § 40b,
5. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42b,
6. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
7. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,
8. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,
9. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45f,
10. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45g nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b,
11. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, soweit die Leistungen gemäß § 45h bei Pflegegrad 1 zur Anwendung kommen.“

25. § 30 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen ab dem Jahr 2028 jährlich jeweils zum 1. Juli in Höhe des arithmetischen Mittels der Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalender-

jahre, nicht jedoch stärker als der durchschnittliche Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum.“

26. In § 33 Absatz 1 werden nach Satz 8 die folgenden Sätze eingefügt:

„Für die Prognose des Medizinischen Dienstes nach Satz 5 reicht die begründete Wahrscheinlichkeit, dass sich gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person pflegegradrelevant verringern werden. In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 werden die Voraussetzungen näher konkretisiert, unter denen eine Befristung nach Satz 5 zu erfolgen hat.“

27. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr ist das Entlastungsbudget nach § 37 oder das anteilige Entlastungsbudget nach § 38 weiter zu gewähren.“

b) Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:

„(1a) Der Anspruch auf das Entlastungsbudget nach § 37 oder das anteilige Entlastungsbudget nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.“

c) Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Das Entlastungsbudget nach § 37 oder das anteilige Entlastungsbudget nach § 38 ist in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Entlastungsbudget nach § 37 oder das anteilige Entlastungsbudget nach § 38 auch über die ersten acht Wochen hinaus weiter gezahlt.“

28. In § 35a Satz 1 wird die Angabe „Pflegegeld“ durch die Angabe „Entlastungsbudget“ ersetzt.

29. Nach § 35a wird der folgende § 35b eingefügt:

„§ 35b

Abtretung bei Kostenerstattung

(1) Die Abtretung von Ansprüchen der pflegebedürftigen Person auf Zahlung von Geldleistungen gegen die zuständige Pflegekasse nach § 40 Absatz 4, §§ 40a und 45b wird erst wirksam, wenn die pflegebedürftige Person die Abtretung der zuständigen Pflegekasse anzeigt.

(2) Die Anzeige kann schriftlich oder elektronisch erfolgen.

(3) Die Anzeige hat Angaben zur pflegebedürftigen Person, zum Abtretungsempfänger sowie zur Art und Höhe des abgetretenen Anspruchs zu enthalten.

(4) Die Pflegekasse zeigt der pflegebedürftigen Person die Zahlung an den Abtretungsempfänger in schriftlicher oder elektronischer Form an. Die Anzeige hat Angaben zur Höhe der Zahlung und zu der Höhe des verbleibenden Anspruchs der pflegebedürftigen Person zu enthalten.“

30. § 36 wird durch den folgenden § 36 ersetzt:

„§ 36

Sachleistungsbudget

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf ein Sachleistungsbudget, mit dem sie häusliche Pflegehilfe als Sachleistung beziehen können. Häusliche Pflegehilfe setzt sich zusammen aus körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Der Umfang des Sachleistungsbudgets ergibt sich aus den Leistungsbeträgen nach Absatz 3.

(2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 889 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 590 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 089 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 529 Euro.

(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Betreuungseinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Dabei sind auch Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen möglich. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.“

31. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 37

Entlastungsbudget“.

b) Die Absätze 1 bis 3 werden durch die folgenden Absätze 1 bis 3 ersetzt:

„(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle des Sachleistungsbudgets ein Entlastungsbudget beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Entlastungsbudget dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Entlastungsbudget beträgt je Kalendermonat

1. 386 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 638 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 889 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 1 079 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Hälfte des bisher bezogenen Entlastungsbudgets wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Das Entlastungsbudget wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, ein Entlastungsbudget überwiesen wurde. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 erhalten in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades die Hälfte des Entlastungsbudgets.

(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die ein Entlastungsbudget nach Absatz 1 beziehen, haben halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen; Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 können vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zu zwei Beratungen sowie halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. März 2027 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3, die ein Entlastungsbudget nach Absatz 1 beziehen, können in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zu zwei Beratungen in der eigenen Häuslichkeit oder per Videokonferenz in Anspruch nehmen. Die Regelungen in diesem Absatz gelten bis zum 31. Dezember 2027.“

- c) In Absatz 6 wird die Angabe „Pflegegeld“ durch die Angabe „Entlastungsbudget“ ersetzt.

32. Die §§ 38 bis 39a werden durch die folgenden §§ 38 bis 39a ersetzt:

„§ 38

Kombination von Entlastungsbudget und Sachleistungsbudget (Kombinationsleistung)

Nimmt der Pflegebedürftige das ihm nach § 36 Absatz 3 zustehende Sachleistungsbudget nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Entlastungsbudget im Sinne des § 37. Das Entlastungsbudget wird um den Vorhundertssatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige das Sachleistungsbudget in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Ein anteiliges Entlastungsbudget wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeitpflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ein ungekürztes Entlastungsbudget anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

§ 39

Überbrückungsbudget

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden, haben in pflegerischen Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen Anspruch auf ein Überbrückungsbudgets. Das Überbrückungsbudget umfasst je Kalenderjahr einen Gesamtleistungsbetrag in Höhe von bis zu 1 855 Euro für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 und in Höhe von bis zu 2 285 Euro für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung. Das Überbrückungsbudget kann innerhalb des Kalenderjahres in Anspruch genommen werden.

(2) Eine pflegerische Akutsituation liegt vor, wenn aufgrund eines unvorhersehbaren Ereignisses ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf in der häuslichen Pflege besteht und in sonstigen Krisensituationen, wenn vorübergehend häusliche Pflege nicht möglich oder ausreichend ist oder eine akute Überforderung der Pflegeperson vorliegt oder einzutreten droht. Ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf liegt insbesondere vor, wenn aufgrund eines ungeplanten Ausfalls der Pflegeperson der Eintritt eines gesundheitlichen Schadens bei der pflegebedürftigen Person oder eine Krankenhauseinweisung zu befürchten ist.

(3) Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung sind:

1. Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen durch einen Notdienst in der ambulanten Pflege nach § 39a,
2. die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflege nach § 42.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert im Benehmen mit den Ländern im Internet in geeigneter Weise barrierefrei über die regional verfügbaren Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung, insbesondere über verfügbare Plätze der Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4, und deren Voraussetzungen.

(5) Im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis 31. Dezember 2027 kann das Überbrückungsbudget in pflegerischen Akutsituationen abweichend von Absatz 3 Nummer 1 auch für die pflegerische Überbrückungsversorgung durch zugelassene ambulante Pflege- oder Betreuungsdienste verwendet werden. Dauert die Inanspruchnahme der Dienste nach Satz 1 länger als drei Kalendertage an, ist zur Sicherstellung der häuslichen Pflege durch die Dienste nach Satz 1 die Zustimmung der Pflegekasse über die weitere Akutversorgung durch den ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienst einzuholen. Entsprechendes gilt im Falle der Kurzzeitpflege in pflegerischen Akutsituationen nach § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.

§ 39a

Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen

(1) Kann die häusliche Pflege in pflegerischen Akutsituationen nach Maßgabe des § 39 Absatz 2 zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen durch einen Notdienst in der ambulanten Pflege.

(2) Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen.

(3) Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen ist in der Regel auf die Dauer des Vorliegens der Akutsituation beschränkt. Dauert die Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen in Akutsituation länger als drei Kalendertage an, hat der ambulante Pflegenotdienst oder der ambulante Betreuungsnotdienst unverzüglich eine Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c über die weitere Erforderlichkeit der Akutversorgung einzuholen und der zuständigen Pflegekasse zu übermitteln. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 30. Juni 2027 in Richtlinien das Nähere zum Inhalt und zur standardisierten Dokumentation der Feststellung der Erforderlichkeit nach Absatz 3, einschließlich deren Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung an die zuständige Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt

worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

33. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind vom Anspruch nach Satz 1 ausgenommen.“

b) Absatz 2 wird gestrichen.

c) In Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2“ gestrichen.

34. In § 40b Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „§ 39a“ durch die Angabe „§ 40c“ ersetzt.

35. Nach § 40b wird der folgende § 40c eingefügt:

„§ 40c

Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen

Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch nach diesem Buch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.“

36. § 41 Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zum Sachleistungsbudget, Entlastungsbudget, der Kombinationsleistung nach § 38 oder zum Überbrückungsbudget nach § 39 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.“

37. § 42 wird durch den folgenden § 42 ersetzt:

„§ 42

Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in pflegerischen Akutsituationen oder sonstigen Überbrückungssituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließ-

lich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

(4) In pflegerischen Akutsituationen besteht ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen soweit und solange eine stationäre Versorgung nach Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c aus pflegefachlicher Sicht erforderlich ist. Der Anspruch nach Satz 1 setzt voraus, dass der Gesamtleistungsbetrag des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 Satz 2 für das maßgebliche Kalenderjahr noch nicht vollständig ausgeschöpft wurde.“

38. Der Dritte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird gestrichen.

39. § 43 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 wird gestrichen.
- b) Der bisherige Absatz 4 wird zu Absatz 3.

40. In § 43a Satz 4 wird die Angabe „Pflegegeld“ durch die Angabe „Entlastungsbudget“ ersetzt.

41. § 43c Satz 1 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich achtzehn Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als achtzehn Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 54 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.“

42. Nach § 44 Absatz 1 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Beiträge werden für die Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wurde.“

43. § 45 Absatz 1 Satz 3 und 4 wird gestrichen.

44. Die §§ 45a und 45b werden durch die folgenden §§ 45a und 45b ersetzt:

„§ 45a

Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts oder eine Anerkennung als Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4. Alternativ zur Anerkennung nach Satz 3 können Angebote zur Unterstützung im Alltag als ambulante Betreuungseinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1a nach § 72 zugelassen werden. Eine Zulassung nach § 72 schließt eine Anerkennung nach den Absätzen 3 und 4 aus. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag mit Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept

entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2, die nicht nach § 72 zugelassen und die nicht Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4 sind, zu bestimmen. Sie haben dabei insbesondere Regelungen zu treffen über

1. die Voraussetzungen der Anerkennung eines Angebots zur Unterstützung im Alltag,
2. das Verfahren zur Anerkennung geeigneter Angebote zur Unterstützung im Alltag,
3. die Anforderungen an den Nachweis der persönlichen und fachlichen Eignung von Helferinnen und Helfern, die Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen,
4. geeignete Wege der Information Pflegebedürftiger über die zur Verfügung stehenden Angebote zur Unterstützung im Alltag,
5. zulässige Preise für Angebote zur Unterstützung im Alltag,
6. Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung und
7. das Verfahren zur Aufhebung der Anerkennung eines Angebotes zur Unterstützung im Alltag im Falle einer Zulassung nach § 72 und im Falle einer Anerkennung als Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4.

Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Angebote zur Unterstützung im Alltag, die als Nachbarschaftshilfe organisiert sind, werden durch die Pflegekassen anerkannt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien bis zum 1. Januar 2028 die Voraussetzungen der Anerkennung als Nachbarschaftshilfe fest. An den Richtlinien sind die Länder und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu beteiligen. Die Richtlinien regeln insbesondere das Verfahren der Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen, Vorgaben zur Qualitätssicherung und zu den persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für Nachbarschaftshelfende sowie die Modalitäten der Abrechnung und die übergangsweise Fortgeltung einer Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung. Bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinien nach Satz 2 erfolgt die Anerkennung als Nachbarschaftshilfe abweichend von Absatz 3 Satz 1 durch die nach Landesrecht zuständige Behörde auf Grundlage der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die Richtlinie nach Absatz 4, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung in der Häuslichkeit. Dabei sind Aspekte der Qualität und Sicherheit der Versorgung sowie Wirtschaftlichkeitsaspekte einzubeziehen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit fünf Jahre nach Erlass der Richtlinie nach Absatz 4 einen Bericht über die Ergebnisse der Evaluation vor.

§ 45b

Sozialraumbudget

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 haben Anspruch auf ein Sozialraumbudget in Höhe von monatlich bis zu 175 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr vollendet haben, oder in Höhe von monatlich bis zu 300 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a mit einer Anerkennung nach Landesrecht oder durch die Pflegekassen.

(2) Der Anspruch auf das Sozialraumbudget entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Sozialraumbudgets nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen.

(3) Das Sozialraumbudget nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 des Zwölften Buches findet auf das Sozialraumbudget keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf das Sozialraumbudget hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 entsprechen.

(4) Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 Satz 1 sowie der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 45a Absatz 4 Satz 2 bestimmen.“

45. § 45c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „25“ durch die Angabe „125“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „50“ durch die Angabe „250“ ersetzt.

46. § 45h Absatz 2 und 3 wird durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt:

„(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf ein Sachleistungsbudget nach § 36. Wenn das Sachleistungsbudget nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht Anspruch auf ein anteiliges Entlastungsbudget gemäß § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37.

(3) Neben den Ansprüchen nach den Absätzen 1 und 2 können Leistungen gemäß den §§ 7c, 40 Absatz 1 sowie den §§ 40a, 40b, 40c, 44a und 45 in Anspruch genommen werden. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 besteht auch Anspruch auf Leistungen gemäß § 44 sowie auf Kurzzeitpflege gemäß § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis zu einem Gesamtleistungsbetrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 Satz 2.“

47. § 46 Absatz 3 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen aufgrund dieses Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 2,7 Prozent des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet; dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um 7 Prozent der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegebegleitung nach § 7c und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18c Absatz 5 zu vermindern.“

48. § 55 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „3,4“ durch die Angabe „3,6“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 6 Abs. 7 des Fünften Buches“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 6 des Fünften Buches“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „0,6“ durch die Angabe „0,7“ ersetzt.

49. Nach § 59a wird der folgende § 59b eingefügt:

„§ 59b

Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung

Der Arbeitgeber einer Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches hat für Versicherte, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, auf das aus dieser Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt einen Beitrag unter Anwendung des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 Satz 1 zu tragen. Für Beschäftigte in Privathaushalten nach § 8a Satz 1 des Vierten Buches, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, hat der Arbeitgeber einen Beitrag in Höhe von 1,5 vom Hundert des Arbeitsentgelts dieser Beschäftigung zu tragen. Für den Beitrag des Arbeitgebers gelten der Dritte Abschnitt des Vierten Buches sowie § 111 Absatz 1 Nummer 2 bis 4, 8 und Absatz 2 und 4 des Vierten Buches entsprechend.“

50. § 61a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Zahlungen für die Jahre 2024 bis 2028 werden ausgesetzt und im Jahr 2029 erfolgt die Zahlung abweichend von Satz 1 in Höhe von 500 Millionen Euro; ab dem Jahr 2030 werden die Zahlungen wieder gemäß Satz 1 aufgenommen.“

- b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Das entsprechend dem Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte zinslose 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 in den Jahren 2035 bis 2039 in jährlichen, jeweils gleich hohen Teilbeträgen jeweils bis zum 31. Dezember des betreffenden Jahres zurückzuzahlen. Die entsprechend den Haushaltsgesetzen 2025 und 2026 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährten zinslosen Darlehen in Höhe von insgesamt 3,7 Milliarden Euro sind in den Jahren 2035 bis 2039 in jährlichen, jeweils gleich hohen Teilbeträgen jeweils bis zum 31. Dezember des betreffenden Jahres zurückzuzahlen.“

51. Nach § 61a wird der folgende § 61b eingefügt:

„§ 61b

Liquiditätshilfe

(1) Reicht der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar nicht aus, um die Zahlungsverpflichtungen der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds zu erfüllen, leistet der Bund dem Ausgleichsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel.

(2) Die vom Bund als Liquiditätshilfe zur Verfügung gestellten Mittel sind zurückzuzahlen, sobald und soweit sie innerhalb des laufenden Kalenderjahres zur Erfüllung der Zahlungsverpflichtungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch bis zum 31. Dezember des auf die Darlehensvergabe folgenden Jahres.“

52. § 63 Absatz 2 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Betriebsmittel betragen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der in Absatz 1 Nummer 1 genannten Aufwendungen (Betriebsmittelsoll); liegen die Betriebsmittel unter dem Betriebsmittelsoll, sind sie ab dem Jahr 2028 entsprechend aufzufüllen, sofern sich nach § 65 Absatz 6 nichts Abweichendes ergibt.“

53. In § 64 Absatz 2 wird die Angabe „50 vom Hundert“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.

54. Nach § 65 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Im Fall nicht ausreichender Mittel des Ausgleichsfonds zur Erfüllung aller Anforderungen kann das Bundesamt für Soziale Sicherung dem Ausgleichsfonds Mittel der Pflegekassen nach § 62 unter gleichmäßiger Verteilung des Betriebsmittelfehlbestands und der Defizitausgleichslast zuführen. Zu diesem Zweck kann es die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls für alle Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zeitweise reduzieren. Eine Absenkung der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls ist höchstens im Umfang von zwei Zehnteln des Betriebsmittelsolls zulässig. Die Untergrenze der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls beträgt im Jahr 2028 Mittel im Umfang des 0,6-Fachen einer Monatsausgabe, im Jahr 2029 Mittel im Umfang des 0,7-Fachen einer Monatsausgabe und ab dem Jahr 2030 Mittel im Umfang des 0,8-Fachen einer Monatsausgabe.“

55. § 69 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Zur Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung in pflegerischen Akutsituationen im Sinne von § 39 schließen die Pflegekassen ergänzende Verträge nach Absatz 1 Satz 2 mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (Notdienst in der ambulanten Pflege nach § 39a) und mit zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen (Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4).“

b) In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 8a Absatz 2 und 3“ die Angabe „, Erkenntnisse aus der Durchführung der Pflegebegleitung nach § 7c“ eingefügt.

56. § 72 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 wird nach der Angabe „erfüllt“ die Angabe „; dies gilt auch für den Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen“ eingefügt.
- b) Absatz 3g wird durch den folgenden Absatz 3g ersetzt:

„(3g) Die Absätze 3c und 3e sowie § 82c Absatz 2 Satz 2 bis 5, Absatz 4, 5 und 6 sind ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2029 nicht anzuwenden. Die Absätze 3a, 3b und 3d sowie § 82c Absatz 1, 2 Satz 1, Absatz 2a, 2b und 3 sind ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 nicht anzuwenden. Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist in dem Zeitraum nach Satz 2 ohne die Erfüllung der Vorgaben nach den Absätzen 3a und 3b anzuwenden. § 84 Absatz 2 Satz 4 und § 89 Absatz 1 Satz 3 sind in dem Zeitraum nach Satz 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass für Vergütungssteigerungen die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches die Obergrenze darstellt. In dem Zeitraum nach Satz 2 dürfen zugelassene Leistungserbringer die Gehälter und Entlohnungen, die zum Zeitpunkt 1. Januar 2027 an die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gezahlt wurden, nicht wegen der Nichtanwendung nach Satz 2 unterschreiten. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet zusammen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember 2029 dem Deutschen Bundestag über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen.“

57. Nach § 73a Absatz 3 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt sicher, dass die Daten des Berichts nach Satz 1 zur Erfüllung der Aufgaben nach § 8 Absatz 4 auch auf Ebene der regionalen Gebietskörperschaften zur Verfügung gestellt werden können.“

58. Nach § 75 wird der folgende § 75a eingefügt:

„§ 75a

Praktische Erprobung innovativer Konzepte

(1) Zur zeitlich befristeten praktischen Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung können zugelassene ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2031 vertraglich Abweichungen von Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 für eine Laufzeit von höchstens drei Jahren vereinbaren, soweit nicht Vorschriften dieses Buches oder der Schutz der Pflegebedürftigen entgegenstehen. In dem Vertrag haben die Vereinbarungspartner darzulegen,

1. welchem Zweck die Erprobung dienen soll,
2. von welchen Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 Abweichungen vereinbart werden und
3. welche finanziellen Wirkungen sowie welche Wirkungen im Hinblick auf die Versorgung erwartet werden.

Die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.

(2) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 innerhalb von acht Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat,

wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 unter Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes Bund in der Regel binnen drei Monaten festgesetzt, soweit nicht Vorschriften dieses Buches oder der Schutz der Pflegebedürftigen entgegenstehen. § 85 Absatz 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(3) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Wochen ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die pflegerische Versorgung der betroffenen Pflegebedürftigen wesentlich gefährdet ist.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen informieren den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Abschluss von Verträgen nach Absatz 1. Dieser fordert in angemessenen zeitlichen Abständen von den Pflegeeinrichtungen einen unter Einbindung der weiteren Vertragspartner nach Absatz 1 zu erstellenden Erfahrungsbericht über die laufenden Innovationskonzepte an. Auf Basis der Berichte nach Satz 2 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 1. Juli 2029 und zum 1. Juli 2032 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Anwendung dieser Vorschrift und die danach vereinbarten Innovationskonzepte vor.“

59. In § 78a Absatz 9 Satz 2 wird die Angabe „§§ 39a und 40a“ durch die Angabe „§§ 40a und 40c“ ersetzt.

60. Nach § 82 Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

„(1a) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung sind Personal- und Sachaufwendungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen berücksichtigtsfähig.“

61. Nach § 82c Absatz 6 Satz 11 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Finanzierung der Geschäftsstelle ist aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“

62. § 84 Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter und der Entlohnungen jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien das Nähere zur Durchführung des Nachweises nach Satz 1 fest. Dabei ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

63. Nach § 88a wird der folgende § 88b eingefügt:

„§ 88b

Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege

(1) Den zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach § 85 abgeschlossen haben und sich verpflichten, fest verfügbare Plätze für Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 anzubieten, werden im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 die ihnen infolge der Nichtauslastung dieser Plätze entstandenen Vorhaltekosten anteilig erstattet, soweit diese nicht bereits nach anderen Vorschriften finanziert werden. Die Pflegeeinrichtungen verpflichten sich zugleich, freie Plätze für Akut-Kurzzeitpflege zur Information nach § 39 Absatz 4 zu melden und betroffenen Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum 31. Oktober 2027 im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer stationärer Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unverzüglich in Richtlinien das Nähere für das Erstattungsverfahren nach Absatz 1. Dazu zählen insbesondere die Voraussetzungen zur Teilnahme am Erstattungsverfahren, die Höhe der erstattungsfähigen Vorhaltekosten und die Verfahrensabläufe zur Erstattung einschließlich der erforderlichen Nachweise mit dem Ziel einer unbürokratischen Umsetzung. Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab dem Berichtsjahr 2028 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über die Ausgabenentwicklung, sowohl länderspezifisch als auch insgesamt, und über die daraus abzuleitenden Erkenntnisse für die Versorgung mit Plätzen für Akut-Kurzzeitpflege bundesweit und in den einzelnen Ländern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert bis zum 31. Dezember 2031 unter wissenschaftlicher Begleitung die Wirkungen dieser Regelung. Die Evaluation ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

(3) Zur Finanzierung der Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege stellt die soziale Pflegeversicherung aus Mitteln des Ausgleichsfonds 8,7 Millionen Euro für den Zeitraum 1. Januar 2028 bis einschließlich 30. Juni 2028 bereit. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates ab dem 1. Juli 2028 für den Zeitraum von jeweils einem Jahr die Höhe der Finanzierung der Vorhaltekosten aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 jährlich festzusetzen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit zusätzlich 10 Prozent an diesem Finanzierungsbetrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung regeln das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel durch Vereinbarung. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Die Verteilung der Finanzmittel auf die Länder erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel. Finanzmittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können nicht in das Folgejahr übertragen werden. Nicht verausgabte Finanzmittel, die anteilig auf die privaten Versicherungsunternehmen entfallen, werden mit dem Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen der Folgeperiode verrechnet.“

64. In § 92a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „§ 7 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 7b Absatz 3“ ersetzt.

65. In § 92c Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „nach § 8 Absatz 3a und 3b“ durch die Angabe „nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung und nach § 12 Absatz 1“ ersetzt.

66. § 94 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 wird die Angabe „§§ 4“ durch die Angabe „§§ 2“ ersetzt.
- b) Die Nummern 7 und 8 werden durch die folgenden Nummern 7 und 8 ersetzt:

„7. die Aufklärung und Auskunft (§ 7b),

8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 7), die Pflegebegleitung (§ 7c) sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten (§ 7e),“.

67. In § 95 Absatz 1 Nummer 1a wird die Angabe „§ 7“ durch die Angabe „§ 7b“ ersetzt.

68. In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 8 Absatz 9 Satz 1 und 2 und § 125b Absatz 2 Satz 2“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 8, § 12 Absatz 5, § 113 Absatz 1c und § 113b Absatz 11“ ersetzt.

69. In § 113 wird nach Absatz 1b der folgende Absatz 1c eingefügt:

„(1c) Die Finanzierung der gemäß Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution ist aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und das Bundesamt für Soziale Sicherung vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.“

70. § 113b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 und Absatz 3 Satz 8 wird jeweils die Angabe „§ 8 Absatz 5 Satz 2“ durch die Angabe „§ 113 Absatz 1c Satz 2“ ersetzt.
- b) In Absatz 4a Satz 4 wird die Angabe „Satz 2 bis 5“ gestrichen.
- c) Absatz 5 Satz 1 wird gestrichen.
- d) In Absatz 9 Satz 1 wird die Angabe „§ 8 Absatz 5 Satz 2“ durch die Angabe „§ 113 Absatz 1c Satz 2“ ersetzt.
- e) Nach Absatz 10 wird der folgende Absatz 11 eingefügt:

„(11) Die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 und der Aufträge nach Absatz 4 und der Aufträge und Vorhaben nach Absatz 4a ist aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesamt für Soziale Sicherung vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Sofern nach Absatz 2 Satz 3 der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Qualitätsausschuss vertreten ist, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen nach Satz 1. Der Finanzierungsanteil nach Satz 4, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversiche-

nung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.“

71. § 113c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3b“ durch die Angabe „§ 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3c“ durch die Angabe „§ 12 Absatz 3“ ersetzt.
- c) Die Absätze 7 und 8 werden durch die folgenden Absätze 7 und 8 ersetzt:

„(7) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft ab der 22. Legislaturperiode einmal in jeder Legislaturperiode eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und ob die Voraussetzungen für die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung vorliegen. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

- 1. die Erkenntnisse aus dem Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 8 und
- 2. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

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 berichtet die Bundesregierung im Bericht nach § 8 Absatz 3.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit legt ab der 22. Legislaturperiode einmal in jeder Legislaturperiode im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie nach Anhörung der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung fest. Die Festlegung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhebt ab der 22. Legislaturperiode einmal in jeder Legislaturperiode aufgeschlüsselt nach Ländern, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflegesatzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären. Ferner erhebt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Umfang des Personals, das die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 überschreitet, den Umfang des Personals, das nach Absatz 3 vorgehalten wird und die Anzahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchführen, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung entwickelt und erprobt wurden oder die sich an den Zielen und der Konzeption des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung orientieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab der 22. Legislaturperiode einmal in jeder Legislaturperiode über das Ergebnis der Erhebung nach den Sätzen 3 und 4. Die Grundlagen der Erhe-

bung nach den Sätzen 3 und 4 und die Grundlagen des Berichts nach Satz 5 bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

72. In § 113d Satz 2 Nummer 4 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3c“ durch die Angabe „§ 12 Absatz 3“ ersetzt.

73. Nach § 113d wird der folgende § 113e eingefügt:

„§ 113e

Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) Transformationsstellenanteile sind ein finanzieller Gegenwert, der aus nicht besetzten Stellenanteilen im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 resultiert und ausschließlich dazu dient, einen effizienten Personaleinsatz durch das Pflege- und Betreuungspersonal unterstützende oder entlastende technische oder digitale Systeme, die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind, zu gewährleisten.

(2) Sofern in der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für eine vollstationäre Pflegeeinrichtung eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die zwischen der mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung im Sinne von § 113c Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und der höchstens zu vereinbarenden personellen Ausstattung im Sinne von § 113c Absatz 1 Nummer 2 und 3 liegt, kann die Pflegeeinrichtung im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 für bis zu 10 Prozent dieser Stellenanteile fiktive Transformationsstellenanteile vereinbaren. Diese sind in der Pflegesatzvereinbarung gesondert auszuweisen und gleichwertig zu regulär zu besetzender personeller Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal; insgesamt gilt als Höchstausstattung § 113c Absatz 1. Die entsprechenden Aufwendungen sind ausschließlich für die Finanzierung des Einsatzes von technischen oder digitalen Systemen nach Absatz 1 zu verwenden, die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind. Insoweit gilt § 82 Absatz 2 nicht.

(3) Finanziert werden kann höchstens der Aufwand, der sich für den jeweiligen Transformationsstellenanteil bei Anwendung des Mindestentgelts nach der jeweils geltenden Pflegearbeitsbedingungenverordnung ergibt. Die Finanzierung kann nur erfolgen, soweit die Pflege- und Betreuungspersonal unterstützenden oder entlastenden technischen oder digitalen Systeme nicht anderweitig finanziert werden.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, Daten zu den vereinbarten Transformationsstellenanteilen zu erfassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum Stichtag 1. Juli 2028 und danach jährlich über die Anzahl der vereinbarten Transformationsstellenanteile und die zugrunde gelegten Aufwendungen.

(5) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 wird beauftragt, erstmalig zum 30. September 2027 einen Katalog von technischen oder digitalen Systemen zu erstellen und zu veröffentlichen, deren unterstützende oder entlastende Wirkung auf das Pflege- und Betreuungspersonal auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse oder systematischer Praxisevaluationen nachgewiesen ist. Der Katalog ist quartalsweise zu aktualisieren. Unter Einbezug der Daten nach Absatz 4 evaluiert das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege erstmalig bis zum 30. Juni 2030 und abschließend zum 30. Juni 2033 die Auswirkungen dieser Regelung.

(6) Der Einsatz von Pflege- und Betreuungspersonal unterstützenden oder entlastenden technischen oder digitalen Systemen darf die Qualität der Pflege nicht beeinträchtigen, die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen nicht einschränken und die Sicherheit der Versorgung nicht gefährden.“

- 74. In § 115 Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „§ 2 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 3“ ersetzt.
- 75. In § 120 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 39a“ durch die Angabe „§ 40c“ ersetzt.
- 76. In § 122 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 11 Absatz 1“ ersetzt.
- 77. § 125 wird gestrichen.
- 78. § 125a wird durch den folgenden § 125a ersetzt:

„§ 125a

Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft und mit der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege.“

- 79. § 125b wird gestrichen.
- 80. In § 125c Satz 1 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 11 Absatz 1“ ersetzt.
- 81. In § 125d Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 11 Absatz 1“ ersetzt.
- 82. Nach § 134 Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft bis zum Jahresende 2027 Möglichkeiten zur Weiterentwicklung oder zum Umbau des Pflegevorsorgefonds, insbesondere hinsichtlich Änderungen der Einzahlungs- und Auszahlungsphase sowie zur Optimierung der Anlagestruktur unter Berücksichtigung der Rendite-Risiko-Struktur.“

- 83. § 135 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird die Angabe „bis 2027“ durch die Angabe „bis 2028“ ersetzt und wird nach der Angabe „jährlich 700 Millionen Euro“ die Angabe „sowie im Jahr 2029 1,2 Milliarden Euro“ eingefügt.
 - b) In Satz 3 wird die Angabe „Nach dem Jahr 2027“ durch die Angabe „Ab dem Jahr 2030“ ersetzt.

84. Die Überschrift des Ersten Abschnitts des Sechzehnten Kapitels wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„Erster Abschnitt

Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie weitere Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren“.

85. Nach § 142a werden die folgenden §§ 142b und 142c eingefügt:

„§ 142b

Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027

(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts; im Fall von Wiederholungsbegutachtungen ist der Zeitpunkt der Feststellung maßgeblich.

(2) Die Zuordnung zu den Pflegegraden nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht bleibt bis zur Vornahme einer Neubegutachtung und der nachfolgenden Einstufung durch die Pflegekasse bestehen; diese kann nicht zu dem Verlust des bestehenden Pflegegrades allein aufgrund der Anpassung der Schwellenwerte nach § 15 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 7 und der Bewertungssystematik in Anlage 2 zu § 15 führen.

§ 142c

Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

Das Gutachten nach § 18b hat Feststellungen gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erst bei Antragstellungen gemäß § 33 Absatz 1 ab dem 1. Januar 2028 zu enthalten.“

86. § 144 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2026 Leistungen nach den §§ 43 und 43c beziehen, findet die zu diesem Zeitpunkt erreichte Stufe des Leistungszuschlags nach § 43c in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung ab dem 1. Januar 2027 weiterhin Anwendung. Dies gilt, bis die Pflegebedürftigen die Anzahl an Monaten des Bezugs von Leistungen nach § 43 erreicht haben, ab der gemäß § 43c in der ab dem 1. Januar 2027 geltenden Fassung die jeweils nächsthöhere Leistungszuschlagsstufe gilt; ab diesem Zeitpunkt findet § 43c in der ab dem 1. Januar 2027 geltenden Fassung Anwendung.

(4) Die §§ 7a und 7b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung finden bis zu dem in § 7c Absatz 1 Satz 1 genannten Datum weiterhin Anwendung.

Rechtliche Verweisungen auf die Pflegebegleitung nach § 7c gelten bis zu diesem Datum als Verweisungen auf die Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung. § 94 Absatz 1 Nummer 8 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung findet bis zu dem in § 7c Absatz 1 Satz 1 genannten Datum weiterhin auch auf das Ausstellen von Beratungsgutscheinen gemäß § 7b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung Anwendung.“

- b) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 und 7 ersetzt:

„(6) § 8 Absatz 3b findet in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung, soweit dies für die Abwicklung der Förderung oder Verwertung der Ergebnisse erforderlich ist.

(7) Für Pflegebedürftige, die sich in vollstationärer Pflege befinden und die innerhalb des Jahres 2026 einen Zuschuss gemäß § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung bezogen haben, findet § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung.“

87. § 146a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „und Absatz 3“ gestrichen.

- b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 3 eingefügt:

„(3) Für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1, für die der Anspruch nach Absatz 1 innerhalb des Jahres 2026 auf die Höhe des Betrages nach § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung begrenzt war, findet Absatz 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung in Verbindung mit § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung.“

88. Anlage 2 wird durch die folgende Anlage 2 ersetzt:

„Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 6	7 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 3	4 – 9	10 – 24	25 – 39	40 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0 – 1	2 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung“.							

Artikel 2

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Nach § 55 Absatz 3a wird der folgende Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhöht sich für Mitglieder, von denen die Versicherung eines Ehegatten oder eines Lebenspartners nach § 25 abgeleitet wird, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,52 Beitragssatzpunkten. § 242b Absatz 1 Satz 2 und 3 und Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

2. § 56 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Kinder sind für die Dauer der Familienversicherung nach § 25 beitragsfrei. Für nach § 25 versicherte Ehegatten und Lebenspartner werden Beiträge nach Maßgabe des § 55 Absatz 3b erhoben.“

3. § 106a wird durch den folgenden § 106a ersetzt:

„§ 106a

Mitteilungspflichten

Pflegebegleitpersonen, die Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 6 durchführen, sind mit Einwilligung der Versicherten berechtigt und verpflichtet, den Pflegekassen, den privaten Versicherungsunternehmen sowie den Beihilfefestsetzungsstellen mitzuteilen, dass sie die Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 6 durchgeführt haben. Ist die Pflege nach § 7c Absatz 6 Satz 6 nicht sichergestellt, haben die Pflegebegleitpersonen die Pflegekassen, die privaten Versicherungsunternehmen sowie die Beihilfefestsetzungsstellen auch dann entsprechend zu informieren, wenn die Versicherten nicht einwilligen (§ 7c Absatz 7 Satz 2). Gleiches gilt, wenn die Pflege nach § 7c Absatz 5 Satz 4 nicht sichergestellt ist.“

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 9 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nummer 143) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Absatz 4 Satz 4 wird die Angabe „Pflegeratern und Pflegeraterinnen nach § 7a des Elften Buches“ durch die Angabe „Pflegebegleitpersonen, die eine Pflegebegleitung nach § 7c des Elften Buches durchführen,“ ersetzt.
2. In § 20 Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „Belange“ die Angabe „sowie die Belange der älteren und der pflegebedürftigen Menschen“ eingefügt.
3. Nach § 20b Absatz 3 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Sie vereinbaren auch Grundsätze zu Inhalten und Umfang der Förderung von örtlichen, überbetrieblichen Netzwerken nach Satz 2 in Form von Projektförderung.“

4. § 20c wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift des § 20c wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 20c

Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung“.

- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Gesundheitsgefahren“ die Angabe „und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihren Aufgaben zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 des Sechsten Buches“ eingefügt.

- bb) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Sofern der Krankenkasse Erkenntnisse vorliegen, die darauf hinweisen, dass bei Versicherten erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden könnten, weisen sie diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen zur Prävention nach § 14 des Sechsten Buches durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung hin.“

- c) In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Landesbehörden“ die Angabe „und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung“ eingefügt.

5. § 25 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, haben ergänzend Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention alters-

bedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen. Die Untersuchungen umfassen insbesondere die Erhebung von Befunden, die geeignet sind, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen, sowie die Beratung zu Maßnahmen, die der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Erhaltung einer eigenständigen Lebensführung dienen. Hinweise gemäß § 25b Absatz 1 und 4 sind bei den Untersuchungen zu berücksichtigen.“

b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Absätzen 1 und 2“ durch die Angabe „Absätzen 1, 2 und 2a“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1 und 2“ durch die Angabe „den Absätzen 1, 2 und 2a“ ersetzt.

bb) Nach Satz 7 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Dezember 2027 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen nach Absatz 2a.“

d) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „Absätzen 1 und 2“ durch die Angabe „Absätzen 1, 2 und 2a“ ersetzt.

6. Nach § 39 Absatz 1a Satz 11 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Vertragspartner haben in dem Rahmenvertrag nach Satz 11 ergänzend zu regeln, dass die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Begleitung mit Einwilligung des Patienten in gesicherter elektronischer Form an die für die Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d des Elften Buches zuständige Stelle übermittelt werden können. Die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle ist dem Patienten vor dessen Einwilligung von der Pflegekasse konkret zu benennen.“

7. In § 39b Absatz 1 Satz 4 wird die Angabe „Pflegeberatung nach § 7a“ durch die Angabe „Pflegebegleitung nach § 7c“ ersetzt.

8. § 40 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde; bei einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme soll das Therapieziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit besonders berücksichtigt werden.“

b) Satz 18 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit für die Jahre 2021 bis 2026 bis zum 30. September 2027 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung und Hürden in der Inanspruchnahme von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden.“

9. In § 73d Absatz 2 Satz 5 und Absatz 5 Satz 4 wird jeweils die Angabe „§ 8 Absatz 3c“ durch die Angabe „§ 12 Absatz 3“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 62 Absatz 10 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nummer 143) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 3 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, sind nach Ablauf des Monats, in dem sie die Regelaltersgrenze erreicht haben, nicht nach Satz 1 Nummer 1a versicherungspflichtig.“

2. § 166 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer

1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches
 - a) 70 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Entlastungsbudget nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 59,5 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person die Kombinationsleistung nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 49 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Sachleistungsbudget nach § 36 des Elften Buches bezieht,
2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 des Elften Buches
 - a) 49 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Entlastungsbudget nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 41,65 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person die Kombinationsleistung nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 34,3 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Sachleistungsbudget nach § 36 des Elften Buches bezieht,
3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches
 - a) 30,1 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Entlastungsbudget nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 25,585 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person die Kombinationsleistung nach § 38 des Elften Buches bezieht,

- c) 21,07 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Sachleistungsbudget nach § 36 des Elften Buches bezieht,
- 4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches
 - a) 18,9 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Entlastungsbudget nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 16,065 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person die Kombinationsleistung nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 13,23 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Sachleistungsbudget nach § 36 des Elften Buches bezieht.“
- b) In Satz 2 wird die Angabe „§ 44 Absatz 1 Satz 3“ durch die Angabe „§ 44 Absatz 1 Satz 4“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung der Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung

Die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung vom 29. September 2022 (BGBl. I S. 1568), die durch Artikel 4a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nummer 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 5 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 39a“ durch die Angabe „§ 40c“ ersetzt.
2. In § 19 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „§ 39a“ durch die Angabe „§ 40c“ ersetzt.
3. In § 36 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „§§ 39a, 40a und 40b“ durch die Angabe „§§ 40a bis 40c“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung der Pflegeberufebeteiligungsverordnung

Die Pflegeberufebeteiligungsverordnung vom 10. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nummer 41) wird wie folgt geändert:

In § 7 Absatz 3 wird die Angabe „§ 8 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 113b Absatz 11“ ersetzt.

Artikel 7

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. Januar 2027 in Kraft.
- (2) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2028 in Kraft.

Table-Briefings

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die soziale Pflegeversicherung bietet seit 30 Jahren eine solidarische Absicherung des Pflegefallrisikos, steht jedoch angesichts steigender Ausgaben und des demografischen Wandels vor erheblichen Herausforderungen. Bereits heute übersteigen die Ausgaben die Einnahmen, obwohl der Beitragssatz zum 1. Januar 2025 erneut angehoben wurde. Auch ist ein kontinuierlicher, deutlicher Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, der pflegebedingten Eigenanteile sowie der Hilfe zur Pflege zu verzeichnen, auch wenn – mit Blick auf die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege – die soziale Pflegeversicherung insgesamt weiter entlastend wirkt. Im Kontext des demografischen Wandels steht die Finanzierung der SPV auch auf der Einnahmenseite unter Druck: so wird sich das Verhältnis von Beitragszahlenden zu Pflegebedürftigen weiter verschlechtern.

Neben den finanziellen Herausforderungen ist das Pflegesystem auch auf der Versorgungsseite nur unzureichend auf den steigenden Bedarf eingestellt.

Mit diesem Gesetz wird das Ziel verfolgt, eine bürgernahe und menschenwürdige Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Stadt und auf dem Land mit effizienten und nachhaltigen Versorgungsstrukturen personell und strukturell sicherzustellen. Dazu gehört, Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest so lange wie möglich hinauszuzögern, die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen zu erhalten und pflegende An- und Zugehörige mit den verfügbaren Mitteln möglichst optimal zu unterstützen und zu entlasten. Begrenzte Mittel und personelle Ressourcen sind daher zielgerichtet mit Blick darauf einzusetzen, welche Ergebnisse und Wirkungen in der Versorgung mit diesen Mitteln erreicht werden können. Pflegeeinrichtungen und andere Angebote in der Versorgung müssen den notwendigen Spielraum für eine wirtschaftliche Gestaltung und innovative Weiterentwicklung einer guten pflegerischen Versorgung haben.

Die vorrangigen Ziele des Gesetzes im Bereich der Finanzierung sind, die Finanzierung der SPV wieder auf eine stabile Grundlage zu stellen und den Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile zu begrenzen. Hierfür braucht es Reformmaßnahmen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite.

Die vorrangigen Ziele des Gesetzes im Hinblick auf eine Versorgungsstrukturereform sind, Menschen dabei zu unterstützen, trotz gesundheitlicher Einschränkungen in Selbstbestimmung und Würde zu altern, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern und ihr Leben bei Pflegebedürftigkeit mit der größtmöglichen Selbständigkeit eigenverantwortlich gestalten zu können. Eine präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige soll sichergestellt und damit pflegebedürftige Menschen, die zu Hause versorgt werden, besser unterstützt werden. Dies gilt auch zu Randzeiten und in der Nacht sowie in ungeplanten Notfall- und Krisensituationen. Leistungen der Pflegeversicherung sollen von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen einfach und bürokratiearm in Anspruch genommen werden können. Eine bürgernahe pflegerische Versorgung soll sichergestellt werden. Für Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal sollen die fachlichen Gestaltungsspielräume erweitern und sie sollen von unnötiger Bürokratie entlastet werden. Auch Mut zur Innovation soll belohnt und die Pflegeeinrichtungen und das Pflegepersonal bei der Nutzung von Digitalisierung und KI und bei entsprechenden Transformationsprozessen unterstützt werden.

Darüber hinaus strebt die Bundesregierung auch bei weiteren Pflegekostenelementen Entlastungen an:

Da die Pflegeversicherung auch in Zukunft nur einen Teil der Pflegekosten tragen können wird, soll, z. B. durch eine steuerliche Begünstigung privater Pflegezusatzversicherungen sowie bei betrieblicher Pflegevorsorge und Entgeltumwandlung, die freiwillige private Pflegevorsorge sehr viel attraktiver als bislang ausgestaltet werden. Hierdurch soll ein weiterer Beitrag zur Begrenzung der individuellen Pflegekosten geleistet werden.

Auch wenn – mit Blick auf die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege – die soziale Pflegeversicherung für die Kommunen weiter entlastend wirkt, hat die Bundesregierung die insgesamt finanziell schwierige Situation der Kommunen im Blick. Daher strebt sie an, einen Beitrag zur Entlastung der Kommunen durch steigende Sozialhilfekosten zu leisten und in einem separaten Verfahren eine Rücknahme der im Zuge des Angehörigenentlastungsgesetzes von 2020 eingeführten Regelungen zur Begrenzung der Anrechnung von Einkommen Angehöriger bei der Berechnung des Anspruchs auf Hilfe zur Pflege im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) umzusetzen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die am 11. Dezember 2025 vorgestellten fachlichen Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ zur nachhaltigen Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung dienen als Grundlage für die Maßnahmen, die mit diesem Gesetz auf der Versorgungsseite umgesetzt werden. Auf der Finanzierungsseite wurden Optionen aus dem Eckpunktepapier dieser Arbeitsgruppe aufgegriffen und Maßnahmen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite so kombiniert, dass die Finanzierung der SPV in den nächsten Jahren auf eine stabile Grundlage gestellt werden kann.

Konsequente Stärkung von Prävention und Rehabilitation

Mit Regelungen zu Prävention und Rehabilitation soll der Übergang von einer kurativ orientierten hin zu einer präventions- und rehabilitationsfokussierten Versorgung erfolgen. Angesichts des demografischen Wandels sollen die Selbstständigkeit und Lebensqualität der Versicherten möglichst bis ins hohe Alter erhalten werden. Durch die konsequente Stärkung von Früherkennung und gezielter Rehabilitation wird das Ziel verfolgt, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder deren Schweregrad zu verringern.

In § 25 SGB V wird für Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ein ergänzender Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen eingeführt. Durch eine altersgerechte Gesundheitsuntersuchung und eine frühzeitige Erkennung sollen drohende Krankheits- und Pflegerisiken identifiziert werden, bevor ein akuter Hilfebedarf entsteht.

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, valide Prädiktoren, die frühzeitig auf eine drohende oder noch nicht festgestellte Pflegebedürftigkeit hinweisen oder eine Verschlimmerung einer bestehenden Pflegebedürftigkeit abmildern, zu identifizieren bzw. durch vorhandene wissenschaftliche Studien zusammenstellen zu lassen (vgl. § 5 Absatz 4 neu SGB XI). Ziel ist die Weiterentwicklung der präventiven Ausrichtung der SPV.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei der Erbringung von Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung die spezifischen Belange älterer Menschen und Pflegebedürftiger zu berücksichtigen (vgl. § 20 Absatz 1 Satz 2 neu SGB V) und den Leitfaden Prävention entsprechend anzupassen.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen werden verpflichtet (vgl. § 20b Absatz 3 Satz 5 neu SGB V), Grundsätze zu Inhalten und Umfang der Förderung von

örtlichen, überbetrieblichen Netzwerken nach § 20b Absatz 3 Satz 2 SGB V in Form von Projektförderung zu vereinbaren. Dies kommt u.a. auch Krankenhäusern, Pflegebetrieben und kleinen und mittleren Unternehmen zugute, denen die Angebote der regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung oft nicht bekannt sind.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihren Präventionsaufgaben eng zusammenzuarbeiten (vgl. § 20c Absatz 1 und 2 neu SGB V) und diese zu unterstützen, indem sie die Versicherten auf die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 14 SGB VI hinweisen.

Fördergelder können von Pflegeeinrichtungen zukünftig auch für Maßnahmen zur rehabilitativ ausgerichteten Pflege verwendet werden. Zudem soll die Anzahl der Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung erhöht werden, indem von MD-Gutachtern künftig individuell begründet werden muss, wenn keine Empfehlung ausgesprochen wird.

Im SGB V wird das Rehabilitationsziel „Pflegevermeidung“ stärker in den Blick genommen; das Entlassmanagement aus Krankenhaus und Rehaeinrichtung beinhaltet die Weitergabe des Entlassungsberichts auch an die neue Pflegebegleitung nach § 7c.

Die Leistung der geriatrischen Rehabilitation gewinnt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der steigenden Anzahl älterer, multimorbider Versicherter zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig könnten mehr Menschen als bisher von der Leistung profitieren. Ziel ist es daher, die bereits existente Berichtspflicht des Spitzenverbands Bund der gesetzlichen Krankenversicherung einmalig wiederaufzulegen und qualitativ zu erweitern, um einen besseren Überblick über die Versorgungssituation und die Hürden in der Inanspruchnahme zu erhalten.

Zukunftsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Fortentwicklung des Ersten Kapitels des SGB XI

Die Normen im Ersten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) werden insgesamt gestrafft, aktualisiert und neu geordnet, um die Orientierung im Recht zu verbessern und die zukunftsgerichtete Weiterentwicklung der Pflegeversicherung abzubilden. Hierbei werden die Rechte der Pflegebedürftigen gerade auch bei jungen Menschen mit Pflegebedarf um eine altersgerechte Gestaltung der Pflege ergänzt, eine präventive und rehabilitative Ausrichtung der Pflege und der Mitwirkung der Pflegebedürftigen konsequent verankert und durch die Aufnahme des verstetigten Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege und die Schaffung zweier Normen zur Förderung von Innovation und Digitalisierung sowie zur Förderung guter Versorgung die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung hervorgehoben.

Einführung einer fachlichen Begleitung und Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige (Pflegebegleitung)

Die unterschiedlichen Lebenswelten der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen bei einer Pflege zu Hause erfordern – insbesondere vor dem Hintergrund teilweise sehr langer Pflegeverläufe – eine passgenaue Begleitung und Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen. Die derzeitigen Beratungs- und Versorgungsmanagementangebote der Pflegekassen sind in der Praxis weitgehend auf sozialrechtliche Informationsweitergabe beschränkt und sind nicht auf eine dauerhafte, auch fachpflegerische Begleitung ausgelegt. Auch die Beratungseinsätze für Pflegebedürftige, die ausschließlich durch An- und Zugehörige versorgt werden, bieten nur zu den gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkten und von ihrer Wirkkraft sehr eingeschränkt Beratung und Unterstützung. Diese Möglichkeit wird zudem oft nicht hinreichend umgesetzt.

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 und ihre An- und Zugehörigen wird daher ein neues, regional organisiertes Leistungsangebot der präventionsorientierten, fachlichen Begleitung und Unterstützung in der Pflege geschaffen. Mit dem Angebot kann nach einem Erst- und ggf. einem Folgebesuch im Bedarfsfall eine laufende (pflege)fachliche Unterstützung der Pflegebedürftigen und ggf. ihrer An- und Zugehörigen erfolgen. Die fachliche Begleitung und Unterstützung hat neben der Etablierung eines stabilen, nachhaltigen Versorgungsarrangements insbesondere die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation der Pflegebedürftigen und die Entlastung der pflegenden An- und Zugehörigen zum Ziel. Im Rahmen der Pflegebegleitung wird auch die Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt.

Die Verantwortung für die Durchführung der Pflegebegleitung liegt bei den Pflegekassen. Sie arbeiten hierbei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen. Darüber hinaus sind die Pflegekassen verpflichtet, die regionalen Vernetzungsstrukturen zu fördern. Dazu zählen insbesondere die Pflegestützpunkte als lokale Beratungsstellen, in die die Pflegekassen die Durchführung der Pflegebegleitung idealerweise integrieren sollen. Alternativ kann die Pflegebegleitung von den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe übernommen werden. Das Angebot der „Fachlichen Begleitung und Unterstützung in der Pflege“ wird damit vor Ort aus einer Hand mit anderen Beratungs- und Unterstützungsangeboten zur Bewältigung des Pflegealltags erbracht. Künftig haben alle Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen eine feste Stelle in ihrem Kreis bzw. ihrer kreisfreien Stadt, an die sie sich zur Durchführung der Pflegebegleitung wenden können.

Vereinfachung des Leistungsrechts und Verbesserung der Transparenz

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung bietet vielfältige Unterstützungsleistungen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege. Diese sind einerseits stark ausdifferenziert, detailreich geregelt und dadurch zum Teil unübersichtlich und für Pflegebedürftige und Ihre Angehörigen mithin nur schwer verständlich. Andererseits ist an einigen Stellen Missbrauchspotenzial entstanden, das der Solidargemeinschaft insgesamt schadet. Durch die Einführung von Leistungsbudgets werden Bürokratie für Pflegebedürftige, Leistungserbringende und Pflegekassen abgebaut, eine bessere Übersichtlichkeit der Leistungen der Pflegeversicherung hergestellt sowie Missbrauchsmöglichkeiten eingedämmt. Aus den neuen Sachleistungs- und Entlastungsbudgets können die bisherigen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe, des Pflegegeldes, der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel flexibel bezogen werden; Kombinationsleistungen bleiben weiterhin möglich. Dies bedeutet Bürokratieabbau für Pflegebedürftige und Pflegekassen, eine bessere Übersichtlichkeit des Leistungsrechts sowie eine Eindämmung von Missbrauchspotenzial, das in der Vergangenheit bei der Verhinderungspflege und beim Bezug von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln festgestellt wurde. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, wissen künftig auf einen Blick, welches Budget ihnen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege monatlich zur Verfügung steht. Eine aufwändige Beantragung zusätzlicher Mittel im Verhinderungsfall ist nicht mehr notwendig. Für pflegerische Akut- und Notsituationen steht überdies das neue Überbrückungsbudget zur Verfügung (s.o.) und für niedrigschwellige Unterstützung im Alltag das Sozialraum-Budget.

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag werden ausgebaut und gestärkt. Das neue Sozialraum-Budget kann ausschließlich für diese Angebote verwendet werden und wird im Vergleich zum bisherigen Entlastungsbetrag moderat erhöht. Die landesrechtliche Anerkennung von Anbietern solcher Angebote soll künftig bundeseinheitlicher ausgestaltet werden. Nachbarschaftshelfende werden künftig von den Pflegekassen anerkannt. Professionelle Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag können mit einer Zulassung als Betreuungsdienstleistungen im Rahmen des Sachleistungsbudgets erbringen, der bisherige Umwandlungsanspruch kann daher entfallen.

Durch die Etablierung eines niedrigschwelligen formalisiertes Anzeigeverfahrens im Hinblick auf die Abtretung von Kostenerstattungsansprüchen durch die Pflegebedürftigen wird Transparenz für die Pflegebedürftigen und Pflegekassen geschaffen.

Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen sollen alle Informationen und Instrumente, die sie brauchen, um die Pflege im Alltag zu managen und sich in der Pflegeversicherung zu orientieren, künftig außerdem an einem jeweils einheitlichen digitalen Ort vorfinden. Daher wird von den Pflegekassen in Zukunft automatisch bei erstmaliger Zuerkennung eines Pflegegrades für jede pflegebedürftige Person ein digitales Pflege-Cockpit angelegt, in das alle vorhandenen Informations-, Kommunikations- und Antragsmöglichkeiten digital eingebunden werden. Zudem besteht über das Pflege-Cockpit der direkte Zugang zu bestehenden Angebots-Suchfunktionen, perspektivisch werden ferner konkrete Beratungs-, Begleitungs-, Unterstützungs- und Schulungsmöglichkeiten (vor Ort und online) angezeigt und geeignete zielgruppenspezifische Informationsangebote (z. B. für Eltern mit pflegebedürftigen Kindern oder die Pflege von Menschen mit Demenz) eingebettet. Die Benutzung des digitalen Pflege-Cockpits durch die Pflegebedürftigen und von ihnen gegenüber der Pflegekasse bevollmächtigten Personen bleibt hierbei freiwillig, auch alle anderen bisherigen Kommunikationswege stehen für sie weiterhin offen. Bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits wird zudem auf ein sinnvolles Zusammenspiel mit der elektronischen Patientenakte geachtet.

Bessere Sicherstellung der Versorgung in pflegerischen Akut- und Notfallsituationen

Die bürgernahe und menschenwürdige pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Stadt und auf dem Land soll auch in Krisen- und Notfallsituationen flächendeckend verbessert werden. Hinsichtlich der Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in pflegerischen Akutsituationen bestehen verschiedene Herausforderungen. So müssen einerseits Pflegepersonen in Krisen- und Notfallsituationen vor Überforderung und gesundheitlichen Schäden geschützt werden und andererseits müssen kurzfristig auftretende Versorgungslücken bei der häuslichen Pflege in entsprechenden Szenarien auch bei einem ungeplanten Ausfall der Pflegepersonen schnell und unbürokratisch geschlossen werden, damit die häusliche Pflege kontinuierlich gewährleistet ist. Ferner gilt es entsprechende Kapazitäten für pflegerische Akutsituationen in den jeweiligen Regionen aufzubauen und vorzuhalten, falls häusliche Pflege vorübergehend nicht möglich ist. Dieses Gesetz zielt daher darauf ab, sowohl bereits bestehende als auch neue Leistungen konsequent auf die pflegerische Akutversorgung von pflegebedürftigen Personen auszurichten. Zur Bewältigung pflegerischer Akutsituationen wird für Pflegebedürftige im neuen § 39 SGB XI ein Überbrückungsbudget eingeführt, welches zweckgebunden für Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung einzusetzen ist. Hierbei handelt es sich um Leistungen, welche Pflegebedürftige künftig in pflegerischen Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen beanspruchen können. Darüber hinaus werden erstmalig pflegerische Akutsituationen im § 39 Absatz 2 SGB XI definiert.

Die Pflegekasse übernimmt in pflegerischen Aktsituationen künftig die Einsatzkosten eines Notdienstes in der ambulanten Pflege bis zur Höhe des Überbrückungsbudgets, sofern Pflegesachleistungen in Akutsituationen nach § 39a zur Stabilisierung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 bezogen werden. Für die Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung in pflegerischen Akutsituationen schließen die Pflegekassen hierzu u.a. ergänzende Verträge mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten.

Kann die häusliche Pflege bei pflegerischen Akutsituationen zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß § 42 SGB XI Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dabei übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen bis zur Höhe des Überbrückungsbudgets. Darüber hinaus erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2028 in pflegerischen Akutsitu-

ationen gemäß § 42 Absatz 4 SGB XI Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, wenn dies erforderlich ist. Verpflichten sich zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen, fest verfügbare Plätze für Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 anzubieten, werden die ihnen infolge der Nichtauslastung dieser Plätze entstandenen Vorhaltekosten anteilig erstattet, soweit diese nicht bereits nach anderen Vorschriften finanziert werden. Neben den pflegerischen Akutsituationen kann das Überbrückungsbudget bei der Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI wie bislang auch weiterhin für sonstige Überbrückungssituationen in Anspruch genommen werden.

Zusätzlich zur Einführung des Überbrückungsbudgets nach § 39 SGB XI, der Pflegesachleistungen in Akutsituationen nach § 39a SGB XI und des Anspruches auf eine Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 SGB XI wird darüber hinaus die Pflegebegleitung nach § 7c pflegebedürftige Personen in pflegerischen Akutsituationen unterstützen. Dies umfasst u. a. die Organisation weiterer Hilfen bei Bedarf sowie die Abgabe benötigter pflegeschlüssiger Einschätzungen, welche mitunter bei der längeren Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in Akutsituationen (von mehr als drei Kalendertagen) und bei der Geltendmachung des Anspruchs auf Akut-Kurzzeitpflege erforderlich sind.

Flankierend zu den vorgenannten Maßnahmen der Akutversorgung kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 11 Absatz 2 SGB XI aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI mit 10 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben für eine Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren (Pflegenottelefon). Die Modellvorhaben sollen dabei insbesondere die intersektorale Vernetzung mit bestehenden telefonischen und digitalen Angeboten des Notdiensts nach § 75 Absatz 1b des Fünften Buchs und der Notfallversorgung oder anderer komplementärer Dienste erproben.

Entlastung von Pflegeeinrichtungen

Als Beitrag zur Entbürokratisierung und zum Zeichen für eine neue Vertrauenskultur in der Pflege werden mit diesem Gesetz die Regelungen zur tariflichen Entlohnung im SGB XI für einen Zeitraum von vier Jahren in ihrer Anwendung sowohl als Zulassungsvoraussetzung als auch als Bezugspunkt der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen ausgesetzt. Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales werden dem Deutschen Bundestag über die Entwicklungen der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen in Ansehung der Aussetzung bis zum 31. Dezember 2029 berichten.

Förderung von Innovationen und Digitalisierung

Angeichts des fortwährenden Wandels von Gesellschaft und Arbeitsumgebung sowie des demografischen Wandels, der auch vor den professionellen Pflegepersonen nicht haltmacht, müssen sich auch die zugelassenen Leistungserbringer stetig weiterentwickeln. Der gezielte Einsatz von Digitalisierung und technischen Neuerungen kann einen wichtigen Beitrag leisten, um die Arbeitsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege zu verbessern, effizienter zu gestalten, insbesondere den Arbeitsaufwand zu reduzieren, und zugleich die nachhaltige Sicherung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen zu fördern. Dies erfordert strukturierte und zum Teil komplexe Transformationsprozesse für alle Beteiligten in der Leistungserbringung und ein intelligentes Zusammenspiel aus Personal, Organisation und Technologie. Mit diesem Gesetz sollen deshalb Innovationsräume eröffnet werden. Zugelassene Leistungserbringer können mit den Kostenträgern zeitlich befristet Ausnahmen von Regelungen der Rahmenverträge zur pflegerischen Versorgung nach § 75 SGB XI in den Ländern vereinbaren, soweit der Schutz der Pflegebedürftigen dem nicht entgegensteht, und dadurch innovative Konzepte in der pflegerischen Versorgung umsetzen. Zudem soll vollstationären Pflegeeinrichtungen ab dem Jahr 2028, ebenfalls befristet, die Möglichkeit eröffnet werden, in ihrer Pflegesatzvereinbarung mit den Kos-

tenträgern einen finanziellen Gegenwert für nicht besetzte Stellenanteile zu vereinbaren, um diesen für die Finanzierung von Pflege- und Betreuungspersonal unterstützende oder entlastende technische oder digitale Systemen einsetzen zu können. Der Einsatz dieser Technik soll helfen, mit dem vorhandenen Personal in den Einrichtungen mehr Pflegebedürftige alltäglich effizienter versorgen zu können. Aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität werden darüber hinaus 1,6 Milliarden Euro für die Digitalisierung von ambulanten und teilstationären Einrichtungen der Langzeitpflege zur Verfügung gestellt. Zudem wird das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege verstetigt und mit neuen Aufgaben, wie beispielsweise der Entwicklung eines standardisierten Nutznachweises digitaler Anwendungen, beauftragt.

Verbesserung der Pflegestrukturplanung und Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrags

Ergänzend zur Stärkung der kommunalen Pflegestrukturplanung mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sollen planungsrelevante Daten der Kranken- und Pflegekassen von den Ländern und ihren Kommunen über eine Plattform unkompliziert abgerufen werden können. Die Regelung zu den Gemeinsamen Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung unterstützt die Länder dabei, auf kommunaler Ebene mithilfe der Planung eine Unterversorgung festzustellen und Maßnahmen zur Behebung der Unterversorgung einzuleiten.

Im Einzelnen bedeutet dies, dass mit der Änderung in § 8a SGB XI eine Klarstellung hinsichtlich der Möglichkeiten der Länder erfolgt, über die nach landesrechtlichen Vorgaben eingerichteten Ausschüsse zu Fragen der pflegerischen Versorgung auch Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abzugeben, inklusive der Feststellung einer regional vorliegenden Unterversorgung und entsprechender Maßnahmen zu deren Behebung. Zudem wird sichergestellt, dass die Daten des Berichts nach § 73a Absatz 3 auch auf Ebene der regionalen Gebietskörperschaften erhoben werden und somit den Ländern und ihren Kommunen im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben nach § 8 Absatz 4 in einer für die kommunale Pflegestrukturplanung nutzbaren Form zur Verfügung gestellt werden können. Ergänzend wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, bis zum 31. Oktober 2028 eine einheitliche, digitale Datenplattform zur Übertragung der regionalen Versorgungsdaten an die regionalen Gebietskörperschaften zu errichten. Hinsichtlich der Möglichkeiten der Länder zur Umsetzung der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen erfolgt darüber hinaus eine Klarstellung, um das bereits geltende Recht zu konkretisieren. Zudem wird der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen mit Blick auf die aus der Pflegebegleitung gewonnenen Erkenntnisse erweitert.

Zukunftsgerechte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

Für das Jahr 2027 wird für die SPV nach geltendem Recht ein Defizit von rd. 7,6 Mrd. Euro prognostiziert, im Jahr 2028 ein Defizit von rd. 15,4 Mrd. Euro, welches in den Folgejahren stetig aufwächst. Die Absenkung der Ausgabendeckungsquote der Betriebsmittel der Pflegekassen auf mittlerweile 0,4 Monatsausgaben hat den Pflegekassen in den vergangenen Jahren in Summe rd. 4 Mrd. Euro an Finanzmitteln entzogen, so dass diese über keine nennenswerten Finanzreserven mehr verfügen. Im Jahr 2026 kann die SPV ihren laufenden Verpflichtungen deshalb nur noch mittels eines Darlehens in Höhe von 3,2 Mrd. Euro nachkommen. Dieses und weitere Darlehen – von in Summe 4,2 Mrd. Euro – muss die SPV nach geltendem Recht ab 2028 an den Bund zurückzahlen.

Insgesamt gilt es, mit dem vorliegenden Gesetz Maßnahmen auf den Weg zu bringen, welche die SPV für die nächsten Jahre finanziell stabilisieren. Hierbei wird auf Maßnahmen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite gesetzt.

Ausgabenseitige Maßnahmen

Stärkung von Prävention und Rehabilitation

Durch die Etablierung des neuen Angebots der fachlichen Begleitung und Unterstützung für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen sowie die Weiterentwicklung der Nutzung individualdatenbezogener Informationen für personenspezifische Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen werden Einspareffekte für die SPV erzielt.

Anpassung der Dynamisierung in 2028 und Einführung einer regelhaften Dynamisierung

Im geltenden Recht ist nach § 30 SGB XI letztmals eine Dynamisierung der Leistungsbeträge zum 1. Januar 2028 mit der kumulierten Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre vorgesehen. Mit dem vorliegenden Gesetz wird erstmalig ein regelmäßiges Dynamisierungsverfahren für die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten Beträge eingeführt. In seiner Wirkung soll dieses Instrument dazu führen, den Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile zu begrenzen. Hierfür sieht das Gesetz vor, dass die aktuell im § 30 SGB XI festgelegte letztmalige Dynamisierung so angepasst wird, dass ab dem 1. Juli 2028 die Beträge der Pflegeleistungen jährlich in Höhe des arithmetischen Mittels der Kerninflationsraten der jeweils drei vorangegangenen Kalenderjahre angepasst werden. Ziel dieser Regelung ist es, die Planungssicherheit für Pflegebedürftige und deren Angehörige zu erhöhen und die Leistungen der Pflegeversicherung besser an die Preisentwicklung zu koppeln, ohne dabei die finanzielle Stabilität der sozialen Pflegeversicherung zu gefährden. Durch den Mechanismus wird sichergestellt, dass die Pflegeversicherung ihren Charakter als ein verlässliches Teilleistungssystem beibehält.

Fachlich sinnvolle Anpassungen des Begutachtungsinstruments mit dem Ziel einer Verlangsamung des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen

Mit dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21. Dezember 2015 wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie das neue Begutachtungsinstrument und -verfahren eingeführt. Insbesondere die stärkere Berücksichtigung von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, war ein politisches Ziel und ein gesellschaftlicher Konsens. Der Gesetzgeber ist folgerichtig davon ausgegangen, dass mit der Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments zum 1. Januar 2017 auch eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen verbunden sein wird. Das Begutachtungsinstrument wurde mit Hilfe eines Expertenbeirats entwickelt, der im Jahr 2013 seinen Abschlussbericht vorlegte. Im Gesetzgebungsverfahren zum PSG II wurde aufgrund politischer Entscheidungen jedoch von der pflegewissenschaftlich entwickelten Bewertungssystematik des Begutachtungsinstruments abgewichen.

Heute muss festgestellt werden, dass die tatsächliche Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen seit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs weit über den prognostizierten Werten liegt. Innerhalb von neun Jahren hat sich die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen auf inzwischen rund sechs Millionen mehr als verdoppelt. Die Zunahmerate ist – anders als erwartet – auch nicht im Laufe der Zeit abgeflacht, die Pflegeversicherung verzeichnet stattdessen einem ungebremsten Zuwachs an Leistungsempfängern.

Vor diesem Hintergrund steigender Ausgaben macht die zukunftsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eine Neujustierung des leistungsberechtigten Personenkreises und des Verfahrens zu dessen Ermittlung erforderlich. Vorrangiges Ziel ist es, die Mittel der sozialen Pflegeversicherung bestmöglich zur Erreichung des angestrebten Zweckes einzusetzen sowie eine sachgerechtere und verlässlichere Bestimmung des Personenkreises zu erreichen, dem die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zukommen sollen.

Durch eine Anpassung der Schwellenwerte und der Modulpunkte wird die Bewertungssystematik jetzt im Sinne der ursprünglich wissenschaftlich empfohlenen Werte geändert. Dar-

über hinaus soll zukünftig das bereits bestehende Instrument der Befristung von Pflegegraden häufiger eingesetzt werden, wenn aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter eine Wiedererlangung von Fähigkeiten und Verbesserung von Beeinträchtigten möglich erscheint. Zudem wird die Frage, wie lange bei Antragstellern Beeinträchtigungen voraussichtlich bestehen werden, im Rahmen der Begutachtung genauer geprüft und individuell begründet. Darüber hinaus soll das Begutachtungsinstrument und -verfahren künftig evolutiv und kontinuierlich an gesellschaftliche Veränderungen sowie an medizinische, technische und pflegewissenschaftliche Entwicklungen angepasst werden. Ein wissenschaftlicher Beirat soll – insbesondere unter Berücksichtigung der künftigen Finanzierbarkeit von staatlichen Aufgaben – den Medizinischen Dienst Bund als Richtliniengeber sowie das Bundesministerium für Gesundheit durch geeignete Empfehlungen und Umsetzungsvorschläge unterstützen. Des Weiteren soll die Pflegebegutachtung fachlich weiterentwickelt werden, u. a. um zukünftig wichtige Information für die fachliche Unterstützung und Begleitung zur Verfügung zu stellen, beispielsweise zu den voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung.

Änderungen bei der Bezugsdauer des verweildauerabhängigen prozentualen Leistungszuschlags bei vollstationärer Pflege

In § 43c-neu SGB XI werden die aktuell zwölfmonatigen Verweildauern, in denen den Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege jeweils nach Heimwohndauer gestaffelte Leistungszuschläge für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil gewährt werden, zum 01.01.2027 um jeweils sechs Monate angehoben. Es gilt ein Besitzstandsschutz für die erreichte Verweildauerstufe für Pflegebedürftige, die sich bereits in vollstationärer Pflege befinden. Der höchste Leistungszuschlag ist damit nicht mehr nach drei, sondern erst nach viereinhalb Jahren zu erreichen.

Darüber hinaus können sich Minderausgaben im Zusammenhang mit der Regelung zur tariflichen Entlohnung gemäß § 72 Absatz 3g SGB XI für die SPV in Verbindung mit der Regelung des § 43c SGB XI ergeben. Diese sind allerdings in der Höhe nicht quantifizierbar, da parallel die Regelung des § 43c SGB XI selbst angepasst wird.

Präventionsorientierte Fokussierung der Leistungen bei Pflegegrad 1 und bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 und 3, die das Entlastungsbudget beziehen

In der Bund-Länder-AG wurde herausgearbeitet, dass für die Stabilisierung der Versorgungssituation eine fachliche Begleitung und Unterstützung gerade zu Beginn der Versorgung besonders hilfreich für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen ist. Beim Pflegegrad 1 wird künftig auf die Zahlung eines Entlastungsbetrags verzichtet, dafür wird im Gegenzug ein Anspruch auf entsprechende Pflegebegleitung eingeführt. Bei erstmaligem Bezug von Pflegegeld bzw. des Entlastungsbudgets in den Pflegegraden 2 oder 3 in den ersten drei Monaten des Leistungsbezugs wird künftig ebenfalls eine intensiviertere fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege zur Verfügung gestellt (neue Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI), um die häusliche Versorgungssituation zügig und nachhaltig zu stärken und zu stabilisieren. Im Gegenzug wird das Entlastungsbudget in diesem Zeitraum in Höhe des hälftigen Leistungsanspruchs ausgezahlt. Bis zur vollständigen Etablierung der neuen Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 bis zu zwei zusätzliche Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI abrufen. Im Zuge der Streichung des Entlastungsbetrags bei Pflegegrad 1 entfällt auch der in entsprechender Höhe gezahlte Zuschuss bei vollstationärer Pflege für Neufälle; Bestandsfälle erhalten Besitzstandsschutz.

Begrenzung des Beitrags der Pflegeversicherung für künftige Rentenansprüche von Pflegepersonen

Ab dem 01.01.2027 reduzieren sich die von der Pflegeversicherung gezahlten Beiträge (vgl. § 166 Absatz 2-neu SGB VI) zur gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig

tätige Pflegepersonen (§ 170 Absatz 1 Nummer 6, SGB VI), indem die unterstellten beitragspflichtigen Einnahmen für diesen Personenkreis reduziert werden.

Korrektur nicht-intendierter Folgen der sog. „Flexi-Rente“

Mit Inkrafttreten des Flexirentengesetzes zum 01.01.2017 haben Pflegepersonen eine unbeabsichtigte Gestaltungsmöglichkeit zur Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung erhalten: Pflegepersonen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben, können seither auch dann volle Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegeversicherung für ihre Pflegetätigkeit erhalten, wenn sie auf nur 0,01 Prozentpunkte ihrer Vollrente verzichten. Nunmehr soll zum 01.01.2027 gesetzlich geregelt werden, dass Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegepersonen künftig längstens bis zum Bezug einer Rente wegen Alters und dem Erreichen der Regelaltersgrenze von der Pflegeversicherung gezahlt werden.

Begrenzung des Anstiegs der Verwaltungskostenerstattung

Die Verwaltungskostenerstattung in § 46 Absatz 3 Satz 1 wird von 3,0 Prozent des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 2,7 Prozent dieses Werts angepasst. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale, die von den Pflegekassen an die Krankenkassen gezahlt wird, steigt regelmäßig mit dem Anstieg der Leistungsausgaben bzw. Beitragseinnahmen der SPV. Sie ist angesichts des dynamischen Anstiegs beider Parameter allein zwischen 2022 und 2025 um etwa 20 Prozent angewachsen. Der tatsächliche Verwaltungskostenaufwand bei den Pflegekassen ist allerdings nicht im selben Umfang angestiegen. Mit dieser Maßnahme wird der weitere Anstieg auf den notwendigen Umfang begrenzt.

Verschiebung der Rückzahlung von Bundesdarlehen

Die soziale Pflegeversicherung hat in den Jahren 2022, 2025 und 2026 zinsfreie Bundesdarlehen in Höhe von insgesamt 4,7 Milliarden Euro erhalten, davon sind aktuell noch 4,2 Milliarden Euro zurückzuzahlen. Die ursprünglich vorgesehen Rückzahlungen in den Jahren 2028 bis 2033 werden zur Stabilisierung der aktuellen Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung auf die Jahre 2035 bis 2039 verschoben.

Einnahmenseitige Maßnahmen

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Grundlage der Beitragsbemessung in der sozialen Pflegeversicherung ist ab 01.01.2027 nicht mehr die bisherige Beitragsbemessungsgrenze, sondern die Höhe der Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung.

Geringfügige Anhebung des Beitragssatzes kinderloser Mitglieder der SPV

Zum 01.01.2027 wird der Kinderlosenzuschlag geringfügig um 0,1 Prozentpunkte auf dann insgesamt 0,7 Beitragssatzpunkt erhöht.

Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern

Die Regelung sieht zum 01.01.2028 einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,52 Prozentpunkten für die SPV vor, wenn Ehegatten oder Lebenspartner beitragsfrei mitversichert sind. Der Beitragszuschlag wird als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des beitragszahlenden Mitglieds erhoben und berücksichtigt somit dessen wirtschaftliche Leistungsfähigkeit; der entsprechende Wert ergibt sich als Anteilswert in Bezug zum für die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehenen Wert. Kinder bleiben in der Familienversicherung wei-

terhin beitragsfrei versichert. Der Beitragszuschlag wird nicht erhoben, wenn das Mitglied oder der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner a) ein Kind hat, das das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, b) ein Kind hat, das als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, c) der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegt oder eine Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nimmt, d) der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner die gesetzliche Regelaltersgrenze erreicht hat, e) der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI voll erwerbsgemindert ist.

Verbeitragung der geringfügigen Beschäftigung (sog. Mini-Job)

Bisher wird der Beitragssatz von 3,6 % für die SPV nicht auf den Verdienst aus geringfügiger Beschäftigung erhoben – anders als in der GKV. Dies wird zum 01.01.2027 geändert. Künftig müssen Arbeitgeber auf die Höhe des Verdiensts ihrer geringfügig Beschäftigten den vollen Beitragssatz zur SPV in Höhe von 3,6 % zahlen.

Anpassung des jährlichen Bundeszuschusses und den Zahlungen an den Pflegevorsorgefonds

Aufgrund der zukünftigen Herausforderungen für den Bundeshaushalt wird der in den Jahren 2024 bis 2027 ausgesetzte Bundeszuschuss an die SPV auch im Jahr 2028 ausgesetzt und im Jahr 2029 nur in Höhe von 500 Millionen Euro gezahlt. Ab dem Jahr 2030 gilt die bisherige Regelung und die jährliche Zahlung in Höhe von 1 Milliarde Euro wird dauerhaft wiederaufgenommen. Parallel wird auch die in den Jahren 2024 bis 2027 erfolgte Begrenzung der Zuführung von Mitteln an den Pflegevorsorgefonds auf 700 Millionen Euro jährlich um ein weiteres Jahr bis 2028 verlängert. Im Jahr 2029 erfolgt eine Zuführung in Höhe von 1,2 Milliarden Euro. Ab dem Jahr 2030 gilt die ursprüngliche Regelung, und dem Pflegevorsorgefonds werden jährlich Finanzmittel in Höhe von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres zugeführt.

Ausgabendeckungsquote, Rücklagesoll und Bundesgarantie

Die starke Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in den vergangenen Jahren führte zu einer Ausgabendynamik für die SPV, die nicht durch entsprechende Beitragseinnahmen gedeckt werden konnte. Systemlogisch hätten hierauf Leistungskürzungen oder eine entsprechende Erhöhung der Einnahmen – entweder durch eine Ausweitung der Bezugsbasis an beitragspflichtigen Entgelten (BBG-Anhebung) oder durch eine Beitragssatzerhöhung – folgen müssen. Stattdessen wurde in den vergangenen Jahren die Möglichkeit genutzt, durch das Herabsenken der Ausgabendeckungsquote (ADQ) der Betriebsmittel und in deren Folge das Abschmelzen der kassenspezifischen Rücklagen, den Pflegekassen ca. 4 Mrd. Euro an Liquidität zu entziehen und diese in den Ausgleichsfonds umzuleiten. Mittlerweile beträgt die Ausgabendeckungsquote für die Pflegekassen 0,4 Monatsausgaben. Dadurch ist eine Situation entstanden, in der die SPV derzeit auf Bundesdarlehen angewiesen ist und einige Pflegekassen ihre monatliche Liquidität nicht oder nur noch knapp gewährleisten können. Die Regelungen in § 63 Absatz 2 sowie § 65 Absatz 6 neu SGB XI sehen vor, ab dem 01.01.2028 die ADQ zunächst über drei Jahre schrittweise wieder anzuheben, um ab 2030 ein Niveau von 0,8 Monatsausgaben als Untergrenze zu erreichen. Das Betriebsmittelsoll wird als eine Monatsausgabe definiert. Im Gegenzug wird das Rücklagesoll von 0,5 auf 0,2 abgesenkt. Damit beträgt die monatliche Mittelausstattung das 1 bis 1,2-Fache einer Monatsausgabe. Wird darüber hinaus unvorhergesehen mehr Liquidität für die SPV benötigt, greift § 61b-neu SGB XI, der für diesen Fall die Aktivierung einer Bundesgarantie vorsieht. Die definierte Rückzahlungsverpflichtung bis maximal zum Jahresende des Folgejahres gewährt dem Gesetzgeber entsprechende Zeit, um Maßnahmen zur Stabilisierung der Liquidität auszuarbeiten.

III. Exekutiver Fußabdruck

Der Gesetzentwurf ist nicht wesentlich durch Interessenvertreterinnen und Interessenvertreter oder beauftragte Dritte beeinflusst worden.

IV. Alternativen

Keine.

V. Gesetzgebungskompetenz

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

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

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

VII. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

In Bezug auf den Bereich der Vereinfachung des Rechts und des Verwaltungsvollzugs beinhaltet das Gesetz verschiedene Regelungen, mit denen Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung und zu einer unbürokratischeren Umsetzung des Pflegeversicherungsrechts auf den Weg gebracht werden. So erhalten Pflegebedürftige mit dem Pflege-Cockpit zukünftig alle Informationen der Pflegekasse rund um die Pflege sowie Kommunikationsmöglichkeiten mit der Pflegekasse an einem jeweils einheitlichen digitalen Ort gebündelt, sodass für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen Such- und Informationsaufwand wegfällt. Die Bündelung von Leistungen der ambulanten Pflege in Budgets vereinfacht das Leistungsrecht und damit die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung und reduziert Bürokratie.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

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

leisten und ihr Wohlergehen fördern“, indem zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung umgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere die Einführung einer fachlichen Begleitung und Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige (Pflegebegleitung), die Maßnahmen für eine bessere Sicherstellung der Versorgung in pflegerischen Not- und Akutsituationen sowie die Maßnahmen zur Vereinfachung des Leistungsrechts und zur Verbesserung der Transparenz über die Leistungsansprüche pflegebedürftiger Menschen. Das Gesetz unterstützt das Nachhaltigkeitsziel 3 darüber hinaus durch Maßnahmen zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation, die dazu beitragen sollen, dem Entstehen von Pflegebedürftigkeit besser entgegenzutreten oder die Entstehung von Pflegebedürftigkeit möglichst zu verzögern

Durch Maßnahmen, die den Einsatz von Innovationen und Digitalisierung in der Pflege stärken, trägt das Gesetz überdies zu Nachhaltigkeitsziel 9 der DNS „Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, inklusive und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen“ bei. Über die Maßnahmen zur Unterstützung der Länder und ihrer Kommunen im Hinblick auf die Gewährleistung einer bedarfsgerechten und regional abgestimmten pflegerischen Versorgungsinfrastruktur adressiert das Gesetz auch Nachhaltigkeitsziel 11 „Städte und Siedlungen inklusiv, sicher, widerstandsfähig und nachhaltig gestalten“.

Indem das Gesetz dafür sorgt, den paritätischen Beitragssatz für die SPV konstant bei 3,6 Prozent halten zu können, leistet es auch einen Beitrag zur Verwirklichung des Nachhaltigkeitsziels 8 „Menschwürdige Arbeit und Wirtschaftswachstum“ und des Nachhaltigkeitsziels 10 „Weniger Ungleichheiten“. Zur Erreichung dieser Ziele trägt das Gesetz auch bei, weil erstmalig eine jährliche Fortschreibung der Leistungsbeträge sichergestellt wird.

Zur Erreichung des Nachhaltigkeitsziels 10 „Weniger Ungleichheiten“ ist es zudem erforderlich, wirtschaftlichen Wohlstand fair zu verteilen sowie die Entwicklungschancen aller Bürgerinnen und Bürger und die Leistungsfähigkeit des Sozialstaats zu bewahren und zu stärken. Hierzu zählt auch eine soziale Absicherung, um allen Menschen ein selbstbestimmtes und abgesichertes Leben zu ermöglichen. Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der SPV auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung werden Besserverdienende entsprechend der Lohnentwicklung an der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung beteiligt. Dies trägt dazu bei, den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft zu erhalten.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Kommunen

Für den Bund entstehen Haushaltsausgaben in Höhe von 1,6 Milliarden Euro, da die Mittel für die Förderung der Digitalisierung in der Langzeitpflege aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes zur Verfügung gestellt werden.

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe entsprechend dem Anteil der beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen Einsparungen von rund 300 Millionen Euro im Jahr 2027 aufwachsend auf bis zu rund 470 Millionen Euro im Jahr 2030.

Für Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Hilfe zur Pflege Mehrausgaben im Jahr 2027 von rund 1 Milliarde Euro abnehmend auf rund 800 Millionen Euro im Jahr 2030. Eine teilweise Kompensation dieser Mehrbelastungen ergibt sich durch die Einführung einer regelhaften Dynamisierung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung ab dem Jahr 2028 sowie durch die von der Bundesregierung angestrebten Änderungen in der Begrenzung der Anrechnung von Einkommen Angehöriger bei der Berechnung des Anspruchs auf Hilfe zur Pflege im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch. Ebenfalls wird der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen durch präventive Maßnahmen und die Anpassung der Begutachtungssystematik zukünftig gebremst, wodurch sich auch geringere Ausgaben für die Hilfe zur Pflege ergeben. Gleichzeitig sorgt die befristete Aussetzung der Tariftreuerregelung zur

Abschwächung des Anstiegs der Pflegekosten und damit auch der Ausgaben der Hilfe zur Pflege.

Medizinischer Dienst Bund:

	Angaben in Millionen Euro			
	2027	2028	2029	2030
Mehrausgaben für den MD Bund				
Neuer Beirat nach § 18f SGB XI-E	0,5	0,5	0,5	0,5

2. Soziale Pflegeversicherung

Durch dieses Gesetz wird die SPV durch Mehreinnahmen bzw. Minderausgaben entlastet. Die Finanzwirkungen der einzelnen Maßnahmen werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

	Angaben in Millionen Euro			
	2027	2028	2029	2030
Erwarteter rechnerischer Finanzbedarf	11 200	18 600	19 000	20 900
davon:				
rechnerisches Defizit bei einem Beitragssatz in Höhe von 3,6 Prozent	7 600	15 400	16 900	17 400
jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge ab 2029 (jeweils zum 01.07.) mit der durchschnittlichen Kerninflationsrate der drei vorherigen Kalenderjahre	0	0	1 400	2 800
Aufbau von Liquiditätsreserven für die SPV durch die Anhebung der Ausgabendeckungsquote (ADQ)	0	1 400	700	700
Risiko- bzw. Nachhaltigkeitspuffer, ggf. in den Pflegevorsorgefonds überführbar	3 600	1 800	0	0
Finanzwirkungen der Maßnahmen des Gesetzes	11 250	18 100	18 940	20 340
davon:				
Minderausgaben für die SPV*				
Verwaltungskosten	200	250	300	300
Verschiebung der Rückzahlung von Bundesdarlehen	0	500	740	740
Prävention und Rehabilitation	0	300	500	1 200
Anpassung der Begutachtungssystematik	1 300	2 500	3 400	4 200
Hälfteige Auszahlung des Entlastungsbudgets in den Pflegegraden 2 und 3 in den ersten 3 Monaten	900	1 000	1 100	1 100
50%-Streichung der Leistung "Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI" im Pflegegrad 1	400	450	500	500

Verlängerung der Verweildauerstufen um jeweils 6 Monate in § 43c SGB XI	2 600	2 700	2 400	2 000
Reduzierung der Dynamisierung in 2028 auf die durchschnittliche Kerninflationsrate der drei vorherigen Kalenderjahre; Dynamisierung zum 01.07.2028	0	4 050	3 420	3 500
Reduzierung der Rentenversicherungsbeiträge	1 800	1 900	2 000	2 100
Korrektur der nicht-intendierten Folgen der Flexi-Rente	150	150	150	150
Mehreinnahmen für die SPV				
Beitrag für geringfügig Beschäftigte	1 200	1 200	1 200	1 200
Anhebung Beitragsbemessungsgrenze	1 600	1 700	1 700	1 800
Anpassung beitragsfreie Mitversicherung	0	350	350	350
Erhöhung des Zuschlags für kinderlose Mitglieder	1 100	1 100	1 200	1 200

* Weitere, zusätzliche Minderausgaben, die sich im Zusammenhang mit der Regelung zur tariflichen Entlohnung gemäß § 72 Absatz 3g SGB XI für die SPV in Verbindung mit der Regelung des § 43c SGB XI ergeben, sind auf Grund paralleler Wechselwirkungen nicht quantifizierbar.

Aufgrund des sehr hohen und zum aktuellen Rand noch steigenden Liquiditätsbedarfs der sozialen Pflegeversicherung, der noch nicht eingerechneten Wechselwirkungen zwischen einzelnen Maßnahmen sowie der sich verschlechternden wirtschaftlichen Entwicklung ist die Berücksichtigung eines angemessenen Risiko- und Nachhaltigkeitspuffers zwingend erforderlich, um Beitragssatzerhöhungen und die damit verbundenen Zusatzbelastungen der Mitglieder und Arbeitgeber möglichst über die aktuelle Legislaturperiode hinaus auszuschießen und Planungssicherheit zu schaffen. Sollten diese Risiken nicht eintreten, wäre eine Überführung der nicht benötigten Finanzmittel des Risikopuffers in den Pflegevorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung möglich.

Der G-BA soll den Turnus und den Umfang der medizinischen Leistung zur Früherkennung und Prävention regeln. Durch eine zielgerichtete Prävention kann eine Verzögerung von Pflegebedürftigkeit erreicht werden, wie es eine aktuelle Studie beziffert, ist eine Ersparnis für die SPV im mittleren dreistelligen Millionenbereich pro Jahr möglich.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung:

	Angaben in Millionen Euro			
	2027	2028	2029	2030
Mindereinnahmen				
Absenkung der Verwaltungskostenpauschale	200	250	300	300

Mit dem Auftrag an den G-BA sollen ferner der Turnus und der Umfang der medizinischen Leistung zur Früherkennung und Prävention geregelt werden. Die damit verbundenen Einsparpotenziale bei den Ausgaben der Krankenkassen durch zielgerichtete Prävention und die Verzögerung von Krankheiten können nicht konkret beziffert werden, da die Finanzwirkung von den Ergebnissen der Beratungen und der Ausgestaltung der Richtlinie des G-BA und etwaigen Änderungen – z. B. Zielerkrankungen, Untersuchungsintervallen, Untersuchungsinhalten und Untersuchungsmethoden – abhängen werden und damit auch etwaige

Kosten für die Anpassung der Früherkennungsuntersuchung. Die Ausgestaltung der Richtlinie bspw. an den aktuellen wissenschaftlichen Stand durch den G-BA kann zu Kostenreduzierungen führen, wenn hierbei z. B. eine Begrenzung der Untersuchungsinhalte und eine Verlängerung der Untersuchungsintervalle beinhaltet und in der Umsetzung ein stärkerer Einbezug nicht-ärztlichen Personals vorgenommen wird.

4. Erfüllungsaufwand

Durch die Umsetzung der im Gesetz vorgesehenen Regelungen werden weitreichende Entlastungen auf allen Ebenen erwartet.

Die Bürgerinnen und Bürgern werden insbesondere durch rechtliche Vereinfachungen und Erleichterungen in Höhe von rund 13,56 Millionen Stunden jährlich zeitlich entlastet.

Zwar wird ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft von rund 9,5 Millionen Euro erwartet, dem stehen aber einmalige Entlastungen in Höhe von 283,7 Millionen Euro gegenüber. Jährlich wird die Wirtschaft zudem um etwa 24,3 Millionen Euro entlastet. Von den jährlichen Einsparungen gehen ungefähr 8 Millionen Euro auf Einsparungen bei Bürokratiekosten durch vereinfachte oder wegfallende Informationspflichten zurück, bei den einmaligen Einsparungen sind dies ca. 5,1 Millionen Euro.

Für Bund, Länder und Kommunen entsteht kein signifikanter Erfüllungsaufwand. Die Beihilfefestsetzungsstellen des Bundes und der Länder sowie der Medizinische Dienst Bund werden jährlich insgesamt um rund 4,9 Millionen Euro entlastet.

Bei der Sozialversicherung, insbesondere der sozialen Pflegeversicherung, wird ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 3,5 Millionen Euro erwartet, dem stehen jährliche jedoch Entlastungen in Höhe von rund 71 Millionen Euro gegenüber.

4.1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
1.1	Artikel 1, § 7a SGB XI; Einführung eines Pflege-Cockpits; Einrichtung einer einheitlichen digitalen Oberfläche (single login) zur Bündelung der Informationen zur Pflege/Pflegeversicherung	5 161 367 ambulant gepflegte SPV-Versicherte, 710 674 vollstationär gepflegte SPV-	96 Minuten Aufwand pro ambulant gepflegter Person, 32 Minuten Aufwand pro vollstationär gepflegter Per-	- 8 637 213 Stunden			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	mit leicht verständlicher Darstellung; dadurch Wegfall von Suchaufwand, geringerer Aufwand zum Verstehen des Rechts, einfachere Antragstellung, Einreichung von Unterlagen, Informationen und Daten sind bereits aufbereitet, Unterlagen jederzeit einsehbar und abrufbar u. a.	Versicherte	son fallen weg				
1.2	Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 SGB XI; nur noch einmal jährlich verpflichtende Pflegebegleitung	rund 3,5 Mio. Pflegebedürftige	- 60 Minuten	- 3,5 Mio. Stunden			
1.3	Artikel 1, § 7d Absatz 1 SGB XI; Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung	Jährlich 1,2 Mio. Pflegebedürftige, die einen Pflegegrad erhalten	Entlastung durch die Benennung eines Verantwortlichen: - 60 Minuten pro pflegebedürftige Person	- 1,2 Mio. Stunden jährlich			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
1.4	Artikel 1, § 18 SGB XI; Beratung zum Antrag auf Zuordnung zu einem Pflegegrad	4.500 bis 90.000 Antragstellerinnen und Antragsteller	- 55 Minuten	- 4.125 bis - 82.500 Stunden			0
1.5	Artikel 1, § 35b Absatz 1 bis 3 SGB XI; verpflichtende Anzeige von Abtretungen ggü. Pflegekassen	100.000 Fälle (4.791.912 amb. Leistungsbezieher der SPV in 2024, davon geringe Anzahl von Abtretungen (geschätzt 2 %))	8 Minuten (Ausfüllen und Übermittlung an Pflegekassen)	ca. 13.333 Stunden			
1.6	Artikel 1, § 37 Absatz 3 SGB XI; Inanspruchnahme zusätzlicher fakultativer Beratungseinsätze zu Beginn der Pflegebedürftigkeit	4.538.828 Fälle	5 Minuten	378.235 Stunden			
1.7	Artikel 1, § 39 SGB XI; für	512.929 Fälle	- 41 Minuten	- 350.500 Stunden			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Verhinderungspflege kein separater Antrag mehr erforderlich						
1.8	Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall des Anspruchs auf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Antragstellung)	1,28 Mio. Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung	- 5 Minuten	- 107 000 Stunden			
1.9	Artikel 1, § 44 Absatz 1 Satz 2 neu SGB XI; Wegfall Beantragung Teilrente und Information an Pflegekasse	39.000 Pflegepersonen	- 20 Minuten	- 13.000 Stunden			
1.10	Artikel 1, § 45a Absatz 5 SGB XI; Abschaffung des Umwandlungsanspruchs	33.777 Fälle	- 120 Minuten	- 67.554 Stunden			
1.11	Artikel 1, § 59b SGB XI; Abführen von Beiträgen für Mini-			geringfügig (geringer Zeit- und			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Jobber im Privathaushalt auch für SPV (zusätzlich zur GKV)			Sachaufwand)			
Summe Zeitaufwand (in Stunden)		- 13 566 199			-		
Summe Sachaufwand (in Euro)		-			-		

4.2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
2.1	Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 und 3 SGB XI; Nachhalten der Durchführung der verpflichtenden Pflegebegleitung; bisher zweimal jähr-	Nein	251.000 Pflegebedürftige	- 10 Minuten * 54,40 Euro	- 2.280 Tsd. Euro			geringfügig (geringe Fallzahl, 36 private Versicherungsunternehmen)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	lich, zukünftig nur noch einmal jährlich							
2.2	Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 und 7 SGB XI; Angebot eines Fallmanagements	Nein			geringfügig (geringer Zeitaufwand)			
2.3	Artikel 1, § 7c Absatz 8 i.V.m Absatz 3 Satz 1 SGB XI; Angebot einer Pflegebegleitung nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades (anderer Personenkreis als in §7b Absatz 1 alte Fassung)	Nein			geringfügig (geringe Fallzahl)			geringfügig (geringer Zeitaufwand und geringe Fallzahl, 36 private Versicherungsunternehmen)
2.4	Artikel 1, § 10 SGB XI; Verstärkung des	Nein			geringfügig (geringer Zeit- und Sachauf-			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege; hier: für Beiratssitzungen in Präsenz, welche gleichzeitig Wissensaustausch ermöglichen, welcher ansonsten nur mit erheblichen Aufwand erreicht werden kann				wand und geringe Fallzahl)			
2.5	Artikel 1, § 11 Absatz 2 SGB XI; Modellvorhaben „Pflegenottelefon“	Nein						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.6	Artikel 1, § 11 Absatz 4 SGB XI; Förderung von Innovation und Digitalisierung; hier:	Nein				20.550 Einrichtungen (ambulante (15.550) und	480 *36,90 Euro (Q)	6.066 Tsd. Euro

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Erstellung von Antragsunterlagen für die zu fördernde Vorhaben					solitäre teilstationäre (5.000) Pflegeeinrichtungen bzw. deren Träger)		
2.7	Artikel 1, § 11 Absatz 4 SGB XI; Förderung von Innovation und Digitalisierung, hier: Teilnahme an Evaluation	Nein				20.550 Einrichtungen (ambulante (15.550) und solitäre teilstationäre (5.000) Pflegeeinrichtungen bzw. deren Träger)	60*36,90 Euro (Q)	758 Tsd. Euro
2.8	Artikel 1, § 11 Absatz 4 SGB XI; Förderung von Innovation und Digitalisierung, hier: Nachweis der Mittelverwendung	Nein				20.550 Einrichtungen (ambulante (15.550) und solitäre teilstationäre (5.000) Pflege-	30*36,90 Euro(Q)	379 Tsd. Euro

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
						einrichtungen bzw. deren Träger)		
2.9	Artikel 1, § 11 Absatz 4 SGB XI; Förderung von Innovation und Digitalisierung, hier: Zeitliche Entlastung durch den Einsatz der geförderten digitalen Anwendungen	Nein				20.550 Einrichtungen (ambulante (15.550) und solitäre teilstationäre (5.000) Pflegeeinrichtungen bzw. deren Träger)	60 * 36,90 Euro * 365 Tage	- 276.777 Tsd. Euro
2.10	Artikel 1, § 17 Absatz 1a SGB XI; Pflegebegleitungs-Richtlinien	Nein						geringfügig (geringer Zeitaufwand)
2.11	Artikel 1, § 35b Absatz 1 bis 3 SGB XI; verpflichtende Anzeige von Abtreutungen	Nein	100.000 Fälle (Schätzungsgrundlage s.o.)	- 8 Minuten * 34,2 Euro (Entfall von Nachweiserbringung der An-	- 456 Tsd. Euro			

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	ggü. Pflegekassen			spruchsberechtigung ggü. Pflegekassen durch Abtreuungsanzeige des Leistungsbeziehenden)				
2.12	Artikel 1, § 39a Absatz 3 SGB XI; Einholen der Einschätzung der Pflegebegleitung und Übermitteln an Pflegekasse	Nein			geringfügig (geringe Fallzahl)			
2.13	Artikel 1, § 39a Absatz 4 SGB XI; Beschluss von Richtlinien des GKV-SV und des Verbands der privaten Krankenversi-	Nein						geringfügig (geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	cherungen e. V., Vorbereitung und Beschluss der Richtlinien							
2.14	Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall der Bearbeitung und des Versands des Bescheides	Nein	84.000 Pflegebedürftige der privaten Pflege - Pflichtversicherung	- 10 Minuten * 54,40 Euro + 1 Euro	- 846 Tsd. Euro			
2.15	Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall der Leistungsabrechnung zwischen privaten Versicherungsunternehmen und Leistungserbringern	Nein	84.000 Pflegebedürftige der privaten Pflege - Pflichtversicherung	- 15 Minuten * 54,40 Euro	- 1.140 Tsd. Euro			
2.16	Artikel 1, § 40 Absatz 2	Nein	1,28 Mio. Pflege	- 15 Minuten	- 10.940 Tsd. Euro			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	SGB XI; Wegfall der Leistungsabrechnung zwischen Leistungserbringern, privaten Versicherungsunternehmen und Pflegekassen		gebefürdige der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege - Pflichtversicherung	* 34,20 Euro				
2.17	Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall der Vertragsverhandlungen der Leistungserbringer mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen	Nein	3.600 Verträge	- 300 Minuten * 34,20	- 616 Tsd. Euro			
2.18	Artikel 1, § 42 Absatz 4 SGB XI;	Nein			geringfügig (ge-			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Einschätzung der Pflegebegleitung				ringe Fallzahl)			
2.19	Artikel 1, § 45a Absatz 4 SGB XI; Beteiligung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. an den Richtlinien zur Anerkennung von Nachbarschaftshilfe	Nein						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
2.20	Artikel 1, § 45b Absatz 1 SGB XI; Bildung des Sozialraumbudgets mit Verwendungszweck ausschließlich für Angebote zur Unterstüt-	Nein	...	- ...	- ...			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	zung im Alltag							
2.21	Artikel 1, § 45b Absatz 1 SGB XI; Bildung des Sozialraumbudgets mit Verwendungszweck ausschließlich für Angebote zur Unterstützung im Alltag	Nein	...	- ...	- ...			
2.22	Artikel 1, § 45b Absatz 2 SGB XI; Wegfall einer Informationspflicht auf den Belegen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag für statistische Zwecke	Ja	Anbieter: 5.745 Tsd. erstellte Belege	Anbieter: - 2 Minuten * 34,20 Euro	Anbieter: - 6.549 Tsd. Euro			
2.23	Artikel 1, § 45b Ab-	Ja	PPV:	PPV:	PPV:			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	satz 2 SGB XI; Wegfall der getrennten statistischen Erfassung von verschiedenen Verwendungszwecken durch die PPV-Unternehmen		402 Tsd. bearbeitete Belege	- 4 Minuten * 54,40 Euro	- 1.458 Tsd. Euro			
2.24	Artikel 1, § 55 Absatz 2 SGB XI; Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze, einmaliger Umstellungsaufwand	Nein						geringfügig (geringer Zeitaufwand)
2.25	Artikel 1, § 55 Absatz 3 Satz 1 SGB XI; Erhöhung des Kinderlosenzuschlags, einmaliger	Nein						geringfügig (geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Umstellungsaufwand							
2.26	Artikel 2, § 55 Absatz 3b, § 56 Absatz 1 SGB XI; Beitragszuschlag für Ehepartner, Erhebung auch für SPV (zusätzlich zur GKV), Umstellungsaufwand (lfd. Abführung ist dann kein Zusatzaufwand mehr)	Nein						geringfügig (geringer Zeitaufwand)
2.27	Artikel 1, § 59b SGB XI; Verbeitragung von Mini-Jobs auch für SPV (zusätzlich zur GKV), Umstellungsaufwand	Nein						geringfügig (geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	(lfd. Aufwand ist dann kein Zusatzaufwand mehr)							
2.28	Artikel 1, § 69 Absatz 1a SGB XI; Verhandlung der ergänzenden Verträge bzgl. pflegerischer Akutsituationen	Nein				1 500 Verhandlungen	300*34,20 (Q)	256 Tsd. Euro
2.29	Artikel 1, § 72 Absatz 3g SGB XI; Wegfall der Meldung tarifgebundener Einrichtungen nach § 72 Absatz 3e SGB XI für die Jahre 2027–2029	Ja				- 33 900 Meldungen	360*34,20 (Q)	- 6 956 Tsd. Euro
2.30	Artikel 1, § 75a Absatz 1 SGB XI;	Nein				1 100 Verhandlungen	360*34,20 (Q)	225 Tsd. Euro

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	IP	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Verhandlung der Verträge zur Erprobung innovativer Konzepte							
2.31	Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI Erstellung von Berichten	Ja				2 200 Berichte	1 440*34 ,20 (Q)	1 805 Tsd. Euro
2.32	Artikel 1, § 88b Absatz 2 SGB XI; Erstellung Richtlinien	Nein						geringfügig (geringer Sachaufwand)
2.33	Artikel 1, § 88b Absatz 3 SGB XI; Abschluss einer Vereinbarung zum Auszahlungsverfahren	Nein			geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) – für den Zeitraum von vier Jahren			
Summe (in Euro)			- 24 285 000			- 274 244 000		
davon aus Informationspflichten (IP)			- 8 007 000			- 5 151 000		

4.3. Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
3.1	Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 und 3 SGB XI ; Nachhalten der Durchführung der verpflichtenden Pflegebegleitung; bisher zweimal jährlich, zukünftig nur noch einmal jährlich	Bund	174.000 Beihilfeberechtigzte (Bund und Länder)	- 10 Minuten * 27,30 Euro	vom Erfüllungsaufwand entfallen 40 % auf den Bund = - 317 Tsd. Euro			geringfügig (geringer Zeitaufwand)
3.2	Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1	Land	174.000 Beihilfeberechtigzte (Bund	- 10 Minuten * 27,30 Euro	vom Erfüllungsaufwand entfallen			geringfügig (geringer Zeit-

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	und 3 SGB XI ; Nachhalten der Durchführung der verpflichtenden Pflegebegleitung; bisher zweimal jährlich, zukünftig einmal jährlich		und Länder)		60 % auf die Länder = - 475 Tsd. Euro			aufwand)
3.3	Artikel 1, § 10 SGB XI ; Verstetigung des Kompetenzzentrums Digitalisierung	Bund			geringfügig (geringer Zeitaufwand)			

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vor-gabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	und Pflege, hier: Kommunikation mit dem Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege und Teilnahme an den Beirats-sitzungen							
3.4	Artikel 1, § 10 SGB XI ; Verstetigung des Kompetenzzentrums	Länder und Kommunen			geringfügig (geringer Zeitaufwand)			

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vor-gabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Digitalisierung und Pflege, hier: Beteiligung am Betrieb des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege und Teilnahme an Beiratssitzungen							
3.5	Artikel 1, § 11 Absatz 2 SGB XI ; Modellvorhaben „Pflege-nottele-	Bund						geringfügig (geringe Fallzahl und geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vor-gabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	fon“, hier: Vor-gabe, der Festlegung von Zielen, Dauer, Inhalte und Durchführung durch GKV-SV im Einvernehmen mit BMG							
3.6	Artikel 1, §§ 14 Absatz 1 und 17 Absatz 1 SGB XI ; Weiterentwicklung	Bund			geringfügig (geringe Fallzahl)			geringfügig (geringe Fallzahl)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Begutachtungsverfahren							
3.7	Artikel 1, § 17 Absatz 1a SGB XI ; Pflegebegleitungs-Richtlinien	Medizinischer Dienst Bund						geringfügig (geringe Fallzahl)
3.8	Artikel 1, § 17 Absatz 1a SGB XI ; Pflegebegleitungs-Richtlinien	Länder						geringfügig (geringer Zeitaufwand)
3.9	Artikel 1, § 18 SGB XI ; Bera-	Bund	3.000 bis 60.000 Antragstelle-	- 75/60 Std. * 48,10 Euro/Std	- 190 bis - 3.800 Tsd. Euro			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	tung zum Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit		rinnen und Antragsteller	. - 2,60 Euro				
3.10	Artikel 1, § 18a SGB XI ; Verbesserte Information an den Versicherten über Folgen fehlender Mitwirkung	Bund	3.000 bis 30.000 Begutachtungsverfahren, in denen ein Beschleunigungseffekt eintritt	- 10/60 Std. * 48,10 Euro/Std . - 1,20 Euro	- 30 bis - 280 Tsd. Euro			geringfügig (geringe Fallzahl und geringfügiger Aufwand pro Fall)
3.11	Artikel 1, § 18b SGB XI ; Änderung von Inhalt	Bund			geringfügig (geringfügiger Aufwand pro Fall)			geringfügig (geringfügiger Aufwand pro Fall)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	und Übermittlungsvorschriften des Gutachtens des Medizinischen Dienstes							
3.12	Artikel 1, § 30 SGB XI ; Dynamisierung	Bund			geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)			
3.13	Artikel 1, § 33 Absatz 1 SGB XI ; Konkretisierung der Voraussetzungen zur Anwen-	Bund			geringfügig (geringfügiger Aufwand pro Fall)			geringfügig (geringfügiger Aufwand pro Fall)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vor-gabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	derung von Be-fristungen							
3.14	Artikel 1 § 39a Absatz 4 SGB XI ; Genehmigung der Richtlinien durch BMG	Bund						geringfügig (geringe Fallzahl und geringer Zeitaufwand)
3.15	Artikel 1, § 45a Absatz 4 SGB XI ; Beteiligung an der Richtlinien zur Anerkennung von Nachbar-	Länder						geringfügig (geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	schaftshilfe							
3.--	Artikel 1, § 45b Absatz 1 SGB XI ; Bildung des Sozialraumbudgets mit Verwendungszweck ausschließlich für Angebote zur Unterstützung im Alltag	Bund (Beihilfestellen)	...	- ...	- ...			
3.--	Artikel 1, § 45b Absatz 1 SGB XI ; Bil-	Länder (Beihilfestellen)	...	- ...	- ...			

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vor-gabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	derung des Sozialraumbudgets mit Verwendungszweck ausschließlich für Angebote zur Unterstützung im Alltag							
3.16	Artikel 1, § 75a Absatz 1 SGB XI ; Verhandlung der Verträge zur Erprobung innova-	Land (über örtliche Träger der Sozialhilfe)						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	tiver Konzepte							
3.17	Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI ; Beteiligung an Berichten der Pflegeeinrichtungen	Land (über örtliche Träger der Sozialhilfe)						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
3.18	Artikel 1, § 88b Absatz 3 SGB XI ; Abschluss einer Vereinbarung zum Auszahlungsverfahren	Bund			geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) – für den Zeitraum von vier Jahren			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
3.19	Artikel 1, § 134 SGB XI ; Prüfungsauftrag Pflegevorsorgefonds	Bund						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
3.20	Artikel 1, § 142b SGB XI ; Übergangsregelung: Erforderlichkeit einer Parallelbeurteilung nach alter und neuer Rechtslage	Bund			geringfügig (geringe Fallzahl und geringfügiger Aufwand pro Fall)			geringfügig (geringe Fallzahl und geringfügiger Aufwand pro Fall)
3.21	Artikel 3,	Bund						geringfügig

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	§ 20 Absatz 1 Satz 2 SGB V; Anpassung Leitfa-den Präven-tion							(geringe Fallzahl)
3.22	Arti-kel 3, § 20c Ab-satz 1 und Ab-satz 2 SGB V; Zusam-menar-beit mit den Trägern der ge-setzli-chen Unfall-versi-che-rung und den Trägern der ge-	Bund						gering-fügig (geringe Fallzahl und ge-ringfügi-ger Auf-wand pro Fall)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Bund/Land	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	gesetzlichen Rentenversicherung							
Summe (in Euro)				- 4 872 000				–
davon Bund				- 4 397 000				–
davon Land (inklusive Kommunen)				- 475 000				–

4.4 Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
4.1	Artikel 1, § 5 Absatz 4 SGB XI ; wiss-	GKV-SV						geringfügig (geringe Fallzahl)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	schaftliche Expertise relevanter Risikofaktoren							
4.2	Artikel 1, § 7a SGB XI ; Einführung eines Pflege-Cockpits; Einrichtung einer einheitlichen digitalen Oberfläche (single log-in) zur Bündelung der Informationen zur Pflege/ Pflegeversicherung, hier:	Pflegekassen						geringfügig (geringe Fallzahl, da 4 IT-Dienstleister)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs- entwurf, Norm (§§); Be- zeich- nung der Vor- gabe	SV- Trä- ger	Jährli- che Fall- zahl und Ein- heit	Jährli- cher Auf- wand pro Fall (Mi- nuten * Lohnkos- ten pro Stunde (Hierar- chie- ebene) + Sachkos- ten in Euro)	Jährli- cher Er- füllungs- aufwand (in Euro) oder „ge- ringfügig“ (Begrün- dung)	Einma- lige Fallzahl und Einheit	Einmali- ger Auf- wand pro Fall (Mi- nuten * Lohnkos- ten pro Stunde (Hierar- chie- ebene) + Sachkos- ten in Euro)	Einmali- ger Erfül- lungsauf- wand (in Euro) oder „ge- ringfü- gig“ (Be- grün- dung)
	Erstein- richtung							
4.3	Arti- kel 1, § 7a SGB XI ; Ein- führung eines Pflege- Cock- pits; Einrich- tung ei- ner ein- heitli- chen di- gitalen Ober- fläche (single log-in) zur Bünde- lung der In- formati- onen zur Pflege/ Pflege- versi- che- rung, hier: lfd. Pflege	Pfle- ge- kas- sen			geringfü- gig (ge- ringe Fallzahl, da 4 IT- Dienst- leister)			
4.4	Arti- kel 1, § 7c Ab- satz 3	Pfle- ge- kas- sen	300.0 00 Pfle- gebe-	- 1 Euro Sachkos- ten	- 300 Tsd. Euro			geringfü- gig (ge- ringer

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Satz 1 SGB XI ; Angebot einer Pflegebegleitung nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades (anderer Personenkreis als in § 7b Absatz 1 alte Fassung)		dürftige					Zeitaufwand)
4.5	Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 und 3 SGB XI ; Nachhalten der Durchführung der verpflichte	Pflegekas-	3,27 Mio. Pflegebedürftige	- 10 Minuten * 30,30 Euro	- 16.500 Tsd. Euro			geringfügig (geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	nden Pflegebegleitung; bisher zweimal jährlich, zukünftig nur noch einmal jährlich							
4.6	Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 und 7 SGB XI ; Angebot eines Fallmanagements	Pflegekassen	16.000 Pflegebedürftige	15 Minuten * 30,30 + 1 Euro Sachkosten	137 Tsd. Euro			
4.7	Artikel 1, § 7d Absätze 1-2, 7 SGB XI ; Angebotsstruktur und Finanzierung der	Pflegekassen, GKV SV						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Pflegebegleitung							
4.8	Artikel 1, § 7d Absatz 3 SGB XI ; Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung	Pflegekassen, GKV SV			geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)			
4.9	Artikel 1, § 11 Absatz 2 SGB XI ; Modellvorhaben „Pflegnottelefon“, hier: Bestimmung von Zielen, Dauer, Inhalten Durchführung der Mo-	GKV-SV						geringfügig (geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	dellvorhaben sowie der Herstellung des Einvernehmens mit BMG							
4.10	Artikel 1, § 11 Absatz 2 SGB XI ; Modellvorhaben „Pflegenottelefon“, hier: Förderaufruf, Prüfung von eingereichten Anträgen, Auswahlentscheidung	GKV-SV						geringfügig (geringer Zeitaufwand)
4.11	Artikel 1, § 11	GKV-SV			geringfügig (geringer			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Ab-satz 2 SGB XI ; Modellvorhaben „Pflege-nottelefon“, hier: Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben				Zeitaufwand)			
4.12	Artikel 1, § 11 Absatz 4 SGB XI ; Förderung von Innovation und Digitalisierung, hier: Prüfung der Antragsunterlagen einschließlich der Auszahlung	Pflege-kassen				20.550 Einrichtungen	240*48,10 Euro	3.954 Tsd. Euro

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	für ambulante (15.550) und solitäre teilstationäre (5.000) Pflegeeinrichtungen bzw. deren Träger							
4.13	Artikel 1, § 12 Absatz 2 Satz 3 SGB XI ; Erarbeitung Festlegungen	GKV-SV						geringfügig (geringe Fallzahl)
4.14	Artikel 1, § 17 Absatz 1a SGB XI ; Pflegebegleitungs-Richtlinien	GKV-SV						geringfügig (geringe Fallzahl)
4.15	Artikel 1, § 30;	Pflege-			geringfügig (geringer			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Dynamisierung	kassen			Zeit- und Sachaufwand)			
4.16	Artikel 1, § 35b Absatz 1 bis 3 SGB XI ; verpflichtende Anzeige von Abtretungen ggü. Pflegekasse, hier: Entfall der Bearbeitung von Nachweisen der Anspruchsberechtigung durch Anbieter, stattdessen formalisiertes Anzei-	Pflegekassen	100.000 Fälle (Schätzungsgrundlage s.o.)	- 4 Minuten * 30,5 Euro (mD)	- 203 Tsd. Euro			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	geverfahren							
4.17	Artikel 1, § 35b Absatz 1 bis 3 SGB XI ; verpflichtende Anzeige von Abtretungen ggü. Pflegekassen, hier: Umstellungsaufwand durch Etablierung eines Verwaltungsprozesses für Anzeigeverfahren, insbes. Festlegung, Abstimmung, Doku-	Pflegekassen						geringfügig (geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	mentation, Schulung							
4.18	Artikel 1, § 35b Absatz 4 SGB XI ; verpflichtende Information zur Auszahlung durch Pflegekassen, hier: idR vollautomatisiertes Verfahren zur Information des leistungsbeziehenden über Auszahlungen an Abtremp-	Pflegekassen	100.000 Fälle (Schätzungsgrundlage s.o.)	2 Minuten * 30,5 Euro (mD)	102 Tsd. Euro			

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	fänger und verbleibendes Budget							
4.19	Artikel 1, § 35b Absatz 4 SGB XI ; verpflichtende Information zur Auszahlung durch Pflegekassen, hier: Umstellungsaufwand durch Etablierung eines Verwaltungsprozesses, Information, insbes. Festlegung, Abstimmung,	Pflegekassen						geringfügig (geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Dokumentation, Schulung							
4.20	Artikel 1, § 39 Absatz 4 SGB XI ; Informationswebsite des GKV-SV zu verfügbaren Leistungen, hier: Websiteerstellung	GKV-SV						geringfügig (geringer Zeitaufwand und geringe Fallzahl)
4.21	Artikel 1, § 39 Absatz 4 SGB XI ; Informationswebsite des GKV-SV zu verfügbaren	GKV-SV			geringfügig (geringer Zeitaufwand)			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Leistungen, hier: fortlaufende Aktualisierung der Informationswebsite							
4.22	Artikel 1, § 39 SGB XI; keine Prüfung mehr von Anträgen auf Verhinderungspflege	Pflegekassen	512,929 Fälle	- 79 Minuten, Lohnkosten mD 30,30	- 20.463,3 Tsd. Euro			
4.23	Artikel 1, § 39a Absatz 4 SGB XI ; Beschluss von Richtlinien des GKV-SV und des Ver-	GKV-SV						geringfügig (geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	bands der privaten Krankenversicherungen e. V., hier: Vorbereitung und Beschluss der Richtlinien							
4.24	Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI ; Wegfall der Bearbeitung und des Versands des Bescheides	Pflegekassen	1,2 Mio. Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung	- 10 Minuten * 30,30 Euro + 1 Euro	- 7.200 Tsd. Euro			
4.25	Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI ; Wegfall der Leis-	Pflegekassen	1,2 Mio. Pflegebedürftige der sozialen	- 15 Minuten * 30,30 Euro	- 9.100 Tsd. Euro			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	tungsabrechnung zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern		Pflegeversicherung					
4.26	Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI ; Wegfall der Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern	Spitzenverband Bund der Pflegekassen	3.600 Verträge	- 480 Minuten * 48,10 Euro	- 1.390 Tsd. Euro			
4.27	Artikel 1, § 43c SGB XI ; Verlängerung der Dauer der Leis-	Pflegekassen						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	tungs- zu- schlags stufen							
4.28	Artikel 1, § 44 Absatz 1 Satz 2 neu SGB XI , Artikel 4, § 3 SGB VI ; Weg- fall Be- zug RV-Bei- träge bei Teil- rente	Pfle- ge- kas- sen	39.00 0 Pfl- geper- sonen	- 10 Mi- nuten * 30,30 Euro + 1 Euro Sachkos- ten	- 236 Tsd. Euro			
4.29	Artikel 1, § 44 Absatz 1 Satz 2 neu SGB XI , Artikel 4, § 3 SGB VI ; Weg- fall Be- zug Teil- rente	Ren- ten- versi- che- rungs- träger	39.00 0 Pfl- geper- sonen	- 10 Mi- nuten * 30,30 Euro + 1 Euro Sachkos- ten	- 236 Tsd. Euro			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
4.30	Artikel 1, § 45a Absatz 4 SGB XI ; Erlass von Richtlinien zur Anerkennung von Nachbarschaftshilfe	GKV-SV						geringfügig (geringer Zeitaufwand)
4.31	Artikel 1, § 45a Absatz 5 SGB XI ; Evaluierungsauftrag: Durchführung einer Evaluierung (über 5 Jahre)	GKV-SV						geringfügig (geringer Zeitaufwand)
4.32	Artikel 1, § 45a Absatz 4	Pflegekassen	33.777 Fälle	- 298 Minuten, Lohnkosten mD	- 5 083 Tsd. Euro			

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	SGB XI a. F.; Abschaffung des Umwandlungsanspruchs			30,30 Euro				
4.33	Artikel 1, § 45b Absatz 1 SGB XI ; Bildung des Sozialraumbudgets mit Verwendungszweck ausschließlich für Angebote zur Unterstützung im Alltag	...	...	- ...	- ...			
4.34	Artikel 1, § 45b Absatz 2	Pflegekassen	5.343 Tsd. bearbeitete	- 4 Minuten *	- 10.793 Tsd. Euro			

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	SGB XI ; Wegfall der getrennten statistischen Erfassung von verschiedenen Verwendungs-zwecken durch die Pflegekassen		Belege	30,30 Euro				
4.35	Artikel 1, § 46 SGB XI ; Absenkung Verwaltungskostenpauschale	Pflegekassen						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
4.36	Artikel 1, § 55 Absatz 2 SGB XI	Pflegekassen						geringfügig (geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	; Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze, einmaliger Umstellungsaufwand							
4.37	Artikel 1, § 55 Absatz 3 Satz 1 SGB XI ; Erhöhung des Kinderlosenzuschlags , einmaliger Umstellungsaufwand	Pflegekassen						geringfügig (geringer Zeitaufwand)
4.38	Artikel 2, § 55 Absatz 3b, § 56 Ab-	Pflegekassen						geringfügig (geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	sat 1 SGB XI ; Beitragszuschlag für Ehepartner, Erhebung auch für SPV (zusätzlich zur GKV), Umstellungsaufwand							
4.39	Artikel 1, § 59b SGB XI ; Verbeitragung von Mini-Jobs auch für SPV (zusätzlich zur GKV), Umstellungsaufwand	Pflegekassen						geringfügig (geringer Zeitaufwand)
4.40	Artikel 1, § 69	Pflege-				1 500 Ver-	300*46,30 (gD)	347 Tsd. Euro

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	Ab-satz 1a SGB XI ; Verhandlung der ergänzenden Verträge bzgl. pflegerischer Akutsituationen	kas-sen				hand-lungen		
4.41	Arti-kel 1, § 72 Ab-satz 3g SGB XI ; Pau-sieren Ge-schäfts-stelle Tarifli-che Entlo-hnung nach § 82c Ab-satz 6 SGB XI in den Jahren 2027– 2029	GKV-SV				Redu-zierung des Perso-nals um 2,5 Voll-zeitstel-len für drei Jahre + Sach-kosten	- 925 Tsd. Euro Perso-nalkos-ten; - 447 Tsd. Euro Sachkos-ten	- 1 372 Tsd. Euro

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
4.42	Artikel 1, § 75a Absatz 1 SGB XI ; Verhandlung der Verträge zur Erprobung innovativer Konzepte	Landesverbände der Pflegekassen				1100 Verhandlungen	360*46,30 (gD)	306 Tsd. Euro
4.43	Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI ; Meldung von Vertragsdaten	Landesverbände der Pflegekassen						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
4.44	Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI ; Anfordern	GKV-SV						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	von Berichten							
4.45	Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI ; Beteiligung an Berichten der Pflegeeinrichtungen	Landesverbände der Pflegekassen				2 200 Berichte	90*46,30 (gD)	153 Tsd. Euro
4.46	Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI ; Erstellung zweier Ergebnisberichte	GKV-SV						geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)
4.47	Artikel 1, § 88b Absatz 2 SGB XI ; Erstellung der Richtlinien	GKV-SV						geringfügig (geringer Sachaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
4.48	Artikel 1, § 88b Absatz 2 SGB XI ; jährliche Berichtspflicht	GKV-SV			geringfügig (geringer Sachaufwand)			
4.49	Artikel 1, § 88b Absatz 3 SGB XI ; Abschluss einer Vereinbarung zum Auszahlungsverfahren	Pflegekassen			geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) – für den Zeitraum von vier Jahren			
4.50	Artikel 1, § 113c Absatz 8 SGB XI ; Erhebungen zur Erstellung des Berichts	GKV-SV, Landesverbände der Pflegekassen			geringfügige Einsparungen gegenüber dem geltenden Recht (geringer Zeit- und Sachaufwand)			

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
4.51	Artikel 1, § 113e Absatz 3 SGB XI; Daten zu Transformationsstellen	Landesverbände Pflegekassen			geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)			
4.52	Artikel 1, § 113e Absatz 3 SGB XI; Bericht zu vereinbarten Transformationsstellen und Aufwendungen	GKV-SV			geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand)			
4.53	Artikel 3, § 39 SGB V; Datenübermittlungsbefugnis an	GKV-SV						geringfügig (geringe Fallzahl sowie geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle nach §§ 7c und 7 d SGB XI							
4.54	Artikel 3, § 39 Absatz 1a iVm § 40 Absatz 2 Satz 6 SGB V; Datenübermittlungsbefugnis an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle (hier: Reha-Entlassma-	GKV-SV						geringfügig (geringe Fallzahl sowie geringer Zeitaufwand)

lfd. Nummer	Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	nagement)							
4.55	Artikel 3, § 40 Absatz 3 Satz 18 SGB V; Berichtspflicht des GKV-SV: einmalige Erstellung des Berichtes und die Erweiterung der Inhalte um die Analyse der Zugangshürden. Es liegen bereits Daten zur Auswertung durch die vorausgegan-	Spitzenverband Bund der Pflegekassen						geringfügig (geringe Fallzahl)

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
	gene jährliche Berichtspflicht bis 2023 vor.							
4.56	Artikel 4, § 166 Absatz 2 SGB VI ; Reduzierung der beitragspflichtigen Einnahmen als Berechnungsgrundlage bei Pflegepersonen, einmaliger Umstellungsaufwand	Pflegekassen; Rentenversicherungsträger						geringfügig (geringer Zeitaufwand)
Summe (in Euro)			- 71 265 300			3 489 000		
davon soziale Pflegeversicherung			- 71 029 300			3 489 000		

lfd. Nummer	Artikel Regelungs-entwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	SV-Träger	Jährliche Fallzahl und Einheit	Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)	Einmalige Fallzahl und Einheit	Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung)
davon gesetzliche Krankenversicherung			–			–		
davon Rentenversicherungsträger			- 236 000			–		

5. Weitere Kosten

Bürgerinnen und Bürger

Durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Erhöhung des Zuschlags für kinderlose Mitglieder um 0,1 Beitragssatzpunkte entstehen den Mitgliedern der SPV im Jahr 2027 1,9 Milliarden Euro Mehrausgaben. Diese steigen durch die Anpassung der beitragsfreien Mitversicherung an, von 2,3 Milliarden Euro im Jahr 2028 auf 2,45 Milliarden Euro im Jahr 2030.

Wirtschaft

Durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und des vom Arbeitgeber aus einer geringfügigen Beschäftigung zu tragenden Beitrags entstehen den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern im Jahr 2027 Mehrausgaben von zunächst 2 Milliarden Euro, die bis zum Jahr 2030 auf 2,1 Milliarden Euro anwachsen.

Private Pflege-Pflichtversicherung

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen und unter Berücksichtigung der Beihilfetarife Minderausgaben von rund 300 Millionen Euro in 2027, ansteigend auf etwa 470 Millionen Euro im Jahr 2030.

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

6. Weitere Gesetzesfolgen

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

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

VIII. Befristung; Evaluierung

Bei der zeitlich befristeten, praktischen Erprobung innovativer Konzepte nach § 75a Absatz 4 SGB XI ist vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zum 1. Juli 2029 und zum 1. Juli 2032 jeweils ein unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellender Bericht über die Anwendung vorzulegen.

Die Pflegekassen eröffnen gemäß § 7a SGB XI für jede bei ihnen versicherte pflegebedürftige Person jeweils einen einheitlichen digitalen Zugang zu allgemeinen und individuellen Informationen zur Pflegeversicherung, zur Organisation der Pflege und zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen sowie zur Kommunikation zwischen Pflegekasse und Versicherten (Pflege-Cockpit), die Informationen und Funktionen sind spätestens bis 1. Juli 2028 bzw. 1. Januar 2030 bereitzustellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die Einführung des Pflege-Cockpits und legt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Dezember 2030 einen Evaluationsbericht vor.

Nach dem bis 31. Dezember 2032 befristeten § 88b SGB XI hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter wissenschaftlicher Begleitung die Wirkungen bei der Regelung zur Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2031 zu evaluieren.

Zum 1. Januar 2028 wird die Pflegebegleitung nach § 7c neu eingeführt. Um einen Überblick über die Strukturen, die Durchführung, die Ergebnisse und die Wirkungen der Pflegebegleitung sowie des Fallmanagements zu erhalten, ist vom GKV-Spitzenverband einmalig zum 1. Januar 2032 ein Bericht vorzulegen, der unter wissenschaftlicher Begleitung erstellt wird.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

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

Zu Nummer 2 (§ 1)

Zu Buchstabe a

§ 1 Absatz 1 wird aktualisiert sowie mit dem bisherigen § 1 Absatz 4 zusammengeführt, der die Aufgabe der Pflegeversicherung abbildet: „Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.“

Zu Buchstabe b

§ 1 Absatz 4 nimmt zur Straffung der Darstellungen im Ersten Kapitel die Inhalte des bisherigen § 1 Absatz 6 und 7 auf und wird im Zuge dessen aktualisiert.

Zu Buchstabe c

Die Absätze 5 bis 7 können im Zuge der Straffung der Darstellungen im Ersten Kapitel entfallen, da § 1 Absatz 5 zu § 3 Absatz 2 wird und die Inhalte des § 1 Absatz 6 und 7 in § 1 Absatz 4 aufgenommen werden.

Zu Nummer 3 (§§ 2 bis 4)

Zu § 2 (Vorrang der häuslichen Pflege und Art und Umfang der Leistungen)

Der Vorrang der häuslichen Pflege wird vorangestellt und mit der Darstellung der Art und des Umfangs der Leistungen der Pflegeversicherung zusammengeführt. Der Inhalt des bisherigen § 3 wird zum neuen § 2 Absatz 2. Die Inhalte des bisherigen § 4 Absatz 1 bis 3 werden in dem neuen § 2 Absatz 1, 3 und 4 wiedergegeben. Hiermit wird besser verdeutlicht, worauf die Leistungen der Pflegeversicherung abzielen und dass sie die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung unterstützen und ergänzen.

Zu § 3 (Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen)

In der Überschrift wird verdeutlicht, dass im neuen § 3 die Selbstbestimmung und die Rechte der Pflegebedürftigen dargestellt werden. Die Inhalte des bisherigen § 2 Absatz 1 bis 4 werden im neuen § 3 Absatz 1 und 3 bis 5 wiedergegeben. Der bisherige § 1 Absatz 5 wird zu § 3 Absatz 2. In den neuen Absatz 2 wird außerdem aufgenommen, dass die Erbringung der Hilfen im Rahmen der Pflegeversicherung bei allen Menschen und gerade auch bei jungen Menschen mit Pflegebedarf jeweils altersentsprechend gestaltet werden sollen. Auf die jeweils altersentsprechenden Bedürfnisse und Bedarfe soll also nach Möglichkeit eingegangen werden und bei der Gestaltung der Unterstützungsleistungen hierauf eingegangen werden.

Im neuen § 3 Absatz 3 wird wie bisher in § 2 Absatz 2 weiterhin festgehalten und geregelt, dass Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden haben. Diese Bestimmung wird darum ergänzt, dass bei der Pflege ebenso nach Möglichkeit Rücksicht auf das individuelle Geschlecht oder die sexuelle Orientierung der Menschen mit Pflegebedarf zu nehmen ist. Denn je nach der individuellen Orientierung und Identität der Menschen kann unter Umständen auch gerade der Wunsch nach einer verschiedengeschlechtlichen Pflege bestehen oder nach einem sensiblen Umgang mit der individuellen Geschlechtsidentität. Auch dies soll nach Möglichkeit berücksichtigt werden.

Die Zusammenführung des bisherigen § 2 Absatz 2 mit den Inhalten des bisherigen § 2 Absatz 3 im neuen § 3 Absatz 4 führt zu keiner Rechtsänderung. Bei den Bestimmungen, dass Pflegebedürftige zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen können, dass auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen Rücksicht zu nehmen ist und dass die Pflegebedürftigen auf ihren Wunsch hin stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten sollen, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können, handelt es sich um jeweils eigenständige Regelungsinhalte.

Zu § 4 (Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen)

Auch die Eigenverantwortung der Versicherten gehört zur Pflegeversicherung. Da Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Menschen zusammengehören, wird der bisherige § 6 nun zu § 4. Hierbei wird in Absatz 1 ergänzt, dass die Versicherten auch durch aktive Mitwirkung Leistungen zur medizinischen Prävention dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. In Absatz 2 wird neu aufgenommen, dass Pflegebedürftige auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Durchführung von Leistungen zur weiteren medizinischen Prävention nach Möglichkeit ebenfalls mitwirken sollen.

Zu Nummer 4 (§ 5)

Die Pflegekassen sollen die Pflegebedürftigen nach § 5 im Hinblick auf die Wahrnehmung von Prävention unterstützen.

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe c

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll gemäß § 5 Absatz 4 durch eine wissenschaftliche Expertise valide Prädiktoren identifizieren bzw. aus vorhandenen wissenschaftlichen Studien zusammenstellen lassen, die frühzeitig auf eine drohende oder noch nicht festgestellte Pflegebedürftigkeit hinweisen, sowie Prädiktoren für einen günstigeren Verlauf, die eine Verschlimmerung einer bestehenden Pflegebedürftigkeit abmildern. Ziel ist die Weiterentwicklung der präventiven Ausrichtung der Pflegeversicherung von einer reaktiven hin zu einer proaktiven, datengestützten Steuerung sowie eine Unterstützung der Eigenverantwortung der Versicherten gemäß § 4 SGB XI. Die Verknüpfung mit der Datenauswertung nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 SGB V stellt sicher, dass wertvolle Erkenntnisse systematisch genutzt werden, um präventionsrelevante Bedarfe nach Absatz 1a Satz 4 präzise zu bestimmen. Datenauswertungen nach § 25b ermöglichen perspektivisch zudem individuelle, auf bestimmte Risikofaktoren bezogene präventive Maßnahmen.

Satz 2 stellt sicher, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse unmittelbar in die pflegerische Regelversorgung einfließen. Die identifizierten Prädiktoren sind verbindlich bei der Festlegung der Präventionsziele sowie in der individuellen Pflegebegleitung nach § 7c zu berücksichtigen. Ebenso müssen sie bei der häuslichen Pflege (§ 36) und den Beratungsbesuchen (§ 37 Absatz 3) als Indikatoren dienen, um frühzeitig präventive Interventionen einzuleiten. Dies dient der konsequenten Umsetzung des gesetzlichen Vorrangs von Prävention und Rehabilitation vor Pflege.

Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird die Kompetenz übertragen, das Verfahren zur Erstellung der wissenschaftlichen Expertise näher zu regeln. Dabei kann die Expertise unter Einbeziehung der praktischen Erfahrungen der Pflegekassen erstellt werden, um eine hohe Praxistauglichkeit der Risikoparameter und eine effiziente Umsetzung durch die Leistungsträger zu gewährleisten.

Aufgrund des gesamtgesellschaftlichen Nutzens und der zentralen Bedeutung für die langfristige Stabilität der Pflegeversicherung wird die Finanzierung der Expertise abweichend von der kassenindividuellen Pauschalfinanzierung des Absatzes 2 geregelt. Durch den Verweis auf § 11 Absatz 1 erfolgt die Finanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds. Da die

Ergebnisse der Expertise allen Pflegekassen gleichermaßen zugutekommen, ist eine zentrale Finanzierung systemgerecht.

Satz 5 führt eine jährliche Berichterstattung im Rahmen des bestehenden Präventionsberichts des Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen ein, um die Wirksamkeit der Regelung zu erfassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat darzulegen, in welchem Umfang die Pflegekassen die wissenschaftlichen Erkenntnisse in ihre Beratungs- und Leistungspraxis integriert haben und wie die datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 SGB V genutzt wird. Diese Berichterstattung schafft die notwendige Transparenz über den Stand der Präventionsbemühungen und ermöglicht dem Gesetzgeber sowie der Aufsicht eine Bewertung, ob die identifizierten Risiken effektiv adressiert werden.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 5 (§ 6)

Zu § 6 (Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen)

Die bisher in § 11 Absatz 1, 1a, 2 und 3 geregelten Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen werden nun in § 6 wiedergegeben. Im Zuge dessen wird die Vorschrift neu gegliedert. Ferner wird in den neuen § 6 Absatz 1 aufgenommen, dass die Pflegeeinrichtungen die Versicherten ebenfalls dabei unterstützen, durch eine gesundheitsbewusste Alltagsgestaltung und durch präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflegemaßnahmen, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Sie unterstützen die Pflegebedürftigen dadurch, ihrer Selbstbestimmung und Eigenverantwortung nach Möglichkeit gerecht werden zu können.

Zu Nummer 6 (§§ 7, 7a)

Zu § 7 (Aufgaben der Pflegekassen)

Die bisher in § 12 Absatz 1 und 3 geregelten Aufgaben der Pflegekassen werden im neuen § 7 Absatz 1 und 2 dargestellt. Im Zuge der Neuordnung der Vorschriften im Ersten Kapitel werden in den neuen §§ 7 ff. generell die Aufgaben der Pflegekassen – auch in ihrem Zusammenwirken mit anderen Akteuren – abgebildet.

Zu § 7a (Pflege-Cockpit)

Zu Absatz 1

Die Pflegekassen sind für eine transparente Information der Versicherten verantwortlich. Hierzu sollen insbesondere auch die digitalen Möglichkeiten in Zukunft besser genutzt werden. Der neue § 7a regelt daher die Einführung eines Pflege-Cockpits. Hierbei handelt es sich um einen einheitlichen digitalen Zugang, den die Pflegekassen für jede bei ihnen versicherte pflegebedürftige Person einrichten. Über diesen eröffnen sie Zugang zu allgemeinen sowie individuellen Informationen zur Pflegeversicherung, Informationen, die die Organisation der Pflege ermöglichen oder erleichtern, und Informationen zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen. Über den einheitlichen digitalen Zugang wird außerdem eine digitale Kommunikation zwischen der Pflegekasse und der oder dem Versicherten ermöglicht, die im System der Pflegekasse ankommt. (für Pflegebedürftige und Pflegepersonen). Dass es sich um einen einheitlichen Zugang handelt, bedeutet, dass die Versicherten sich nur einmal einloggen müssen, um Zugang zu allen genannten Informationen und Funktionen zu erhalten. Die Pflegekassen stellen alle Informationen und Instrumente, die Pflegebedürftige oder Pflegepersonen brauchen, um

die Pflege im Alltag zu managen und sich in der Pflegeversicherung zu orientieren, also künftig an einem einheitlichen digitalen Ort zur Verfügung. Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen müssen sich die Informationen, die sie benötigen, also nicht selbst beispielsweise im Internet zusammensuchen, sondern sie finden diese bei ihrer Pflegekasse hinter einem einzigen für sie eröffneten digitalen Zugang vor.

Die Pflegebedürftigen entscheiden eigenständig darüber, wem sie ggf. Zugang zu ihrem Pflege-Cockpit gewähren wollen. Sie dürfen diesbezüglich nicht unter Druck gesetzt werden. Sie haben es aber in der Hand, durch Erklärung gegenüber der Pflegekasse ihnen vertraute Personen zu bevollmächtigen, den digitalen Zugang zum Pflege-Cockpit der Pflegebedürftigen nutzen zu können, beispielsweise um die Pflegebedürftigen zu entlasten und zu unterstützen.

Das Pflege-Cockpit wird als verpflichtendes Element für alle Pflegekassen mit der vorliegenden Vorschrift neu eingeführt. Es wird sich im weiteren Verlauf dem technischen Fortschritt entsprechend auch weiterentwickeln. In § 7a Absatz 1 Satz 3 werden demgemäß auch nur Mindestinhalte wiedergegeben, die das Pflege-Cockpit bereitstellen soll. Hierbei handelt es sich um

1. kurze und einfach nachvollziehbare Informationen zu den Angeboten und Leistungen der Pflegeversicherung,
2. einen Überblick über die Leistungen, die die Versicherten in ihrem individuellen Pflegegrad jeweils beanspruchen können,
3. individuelle Informationen über die Leistungen, die die Pflegebedürftigen beziehen, sowie den möglichst aktuell dargestellten Umfang ihres jeweiligen Leistungsbezugs, also eine Darstellung, inwieweit der Leistungsbetrag der Leistung, die die Pflegebedürftigen aktuell nutzen, bereits ausgeschöpft ist und in welcher Höhe er für den laufenden Zeitraum noch zur Verfügung steht.
4. die Möglichkeit, auf digitalem Wege Anträge oder Anfragen bei der Pflegekasse einzureichen sowie, sofern erforderlich, Belege bei der Pflegekasse einzureichen; dabei soll auch der jeweiligen Status der Bearbeitung angezeigt werden,
5. die Möglichkeit, die Abtretung eines Anspruchs gemäß § 35b gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen sowie auch eine Änderung an der Abtretungsvereinbarung zu übermitteln; dabei soll der jeweilige Status einer erklärten Abtretung im Pflege-Cockpit jederzeit einzusehen sein, also der Inhalt der Abtretung und ihre derzeitige Geltung, ferner ggf. die aktuell und in der Vergangenheit gegenüber der Pflegekasse angezeigten abgetretenen Ansprüche und daraufhin von den Pflegekassen vorgenommene Auszahlungen,
6. die Möglichkeit, jederzeit Einblick in die für die Pflegebedürftigen ausgesprochenen Empfehlungen zu erhalten, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben worden sind; dies kann auch durch die Wiedergabe des Gesamtgutachtens unter Zurverfügungstellung einer Navigationsmöglichkeit zu den jeweiligen Inhalten geschehen,
7. die Möglichkeit, in den Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7b aufgeführte Anbieter und Angebote zu suchen und Informationen zu deren Leistungen und den Preisen abzurufen; die bisher bereits online verfügbaren Leistungs- und Preisvergleichslisten können hiermit unmittelbar aus dem Pflege-Cockpit heraus genutzt werden, ohne dass die Pflegebedürftigen noch andere Webseiten besuchen müssen,
8. Informationen zu vor Ort, online oder telefonisch verfügbaren Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen, insbesondere zur Pflegebegleitung nach § 7c, aber auch zu Hilfetelefonen oder -webseiten beispielsweise gegen Gewalt in der Pflege oder spezielle Angebote zur Unterstützung bei der Pflege von

Menschen mit Demenz; hierbei sollten jedenfalls die entsprechenden Kontaktdaten, evtl. Webseiten und ggf., sofern sich dies verlässlich wiedergeben lässt, Kontaktzeiten angegeben werden; perspektivisch sollten auch Hinweise zu Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen aufgenommen werden, zumindest sofern diese durch die Pflegeversicherung gefördert werden,

9. die Möglichkeit, sich vor Ort oder online stattfindende aktuell verfügbare Schulungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Pflege anzeigen zu lassen oder solche zu suchen; hierzu gehören insbesondere die Pflegekurse der Pflegekassen und anderen Akteure,

10. spezifische Informationen zur Pflege, zu Austausch- und Schulungsmöglichkeiten sowie zu Selbsthilfe- und Unterstützungsangeboten, sofern die Pflegebedürftigen zu einer besonderen Zielgruppe gehören, beispielsweise Menschen mit bestimmten Erkrankungen, Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene mit Pflegebedarf oder Menschen mit Demenz.

Die Aufnahme weiterer Inhalte ist möglich.

Die Darstellung der Inhalte im Pflege-Cockpit erfolgt in einer für die Versicherten einfach verstehbaren Form und Sprache. In Beachtung der Barrierefreiheit erfolgt sie ferner in einer für die Versicherten wahrnehmbaren Form.

Bereits bei der Entwicklung der Darstellung der Inhalte und der Entwicklung von Funktionen des Pflege-Cockpits muss die Sicht von Nutzerinnen und Nutzern systematisch eingebunden werden. Hierdurch und hierbei wird steht auf eine für die realen Nutzerinnen und Nutzer leicht verständliche Nutzbarkeit geachtet. Dies gilt auch für künftige Weiterentwicklungen. Bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits wird in der Konzeption zudem fortlaufend ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte mitgedacht. Die geltenden Anforderungen an den Datenschutz sind jeweils zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zu gewährleisten.

Zu Absatz 2

Auch Versicherte, die nicht pflegebedürftig sind, können über digitale Zugänge erreicht werden. Um dem Entstehen von Pflegebedürftigkeit von vornherein entgegenzutreten oder die Entstehung zu verzögern, sollten Versicherte daher schon vor einem Eintritt von Pflegebedürftigkeit auf entsprechende Präventionsmöglichkeiten und -angebote hingewiesen werden. Zudem können allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung dazu beitragen, den Kenntnisstand in der Bevölkerung zu verbessern und dabei auch darüber aufzuklären, welche Voraussetzungen für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie die Stellung eines entsprechenden Antrags erfüllt sein müssen.

Zu Absatz 3

Bei der Einführung des Pflege-Cockpit sollen zuerst die Daten und Informationen, die den Pflegekassen bereits in elektronischer Form vorliegen oder die schnell zu generieren sind, aufgenommen werden. Daher wird geregelt, dass die in Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 7 genannten Gegenstände spätestens bis zum 1. Juli 2028 in das Pflege-Cockpit einzustellen und den Pflegebedürftigen der einheitliche digitale Zugang hierzu zu eröffnen ist.

Im weiteren Verlauf werden die Informationen und Funktionen weiter ausgebaut. Auch hierbei kann schrittweise vorgegangen werden. So können die Pflegekassen bei der Zusammenstellung der Informationen zu vor Ort, online oder telefonisch verfügbaren Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen zuerst Angebote aufnehmen, die öffentlich-rechtlich geprägt oder mit öffentlich-rechtlichen Mitteln oder Mitteln der Pflegeversicherung gefördert oder in besonderer Weise etabliert sind. Gleiches gilt für Informationen und Angebote für besondere Zielgruppen. Auch im Hinblick auf

die Suche nach Schulungsmöglichkeiten können die Pflegekassen beispielsweise zuerst ihre eigenen Pflegekurse und Schulungsmöglichkeiten oder die ihres Pflegekassenverbandes bzw. die in ihrem Auftrag durchgeführten Kurse anzeigen, bevor ein Datenaustausch etabliert ist, der auch eine weitergehende Suchfunktion nach Schulungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Pflege ermöglicht.

Die weiteren Funktionen sind spätestens bis zum 1. Januar 2030 bereitzustellen. Soweit Informationen oder Funktionen schneller zur Verfügung gestellt werden können, ist dies aber selbstverständlich wünschenswert.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll die Einführung des Pflege-Cockpits mit einer Evaluation begleiten. Hierbei sollten insbesondere auch die Nutzerfreundlichkeit für die jeweiligen Nutzengruppen sowie die technische Zuverlässigkeit der bereitgestellten Möglichkeiten in den Blick genommen werden. Er kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen. Die nähere Gestaltung wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Pflegekassen abstimmen. Er legt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Dezember 2030 einen abschließenden Evaluationsbericht vor.

Zu Nummer 7 (§ 7b)

Zu Buchstabe a

Bei der Anpassung der Überschrift handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuordnung der Vorschriften im Ersten Kapitel.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 8 (§§ 7c, 7d)

Zu § 7c (Pflegebegleitung)

Zu Absatz 1

Nach den fachlichen Eckpunkten der Fach-Arbeitsgruppen „Versorgung“ und „Finanzierung“ der Bund-Länder-AG „Zukunftspakt Pflege“ vom 11. Dezember 2025 (Nummer 2.1 bis 2.4) soll eine wirksame fachpflegerische Unterstützung, die auf eine langfristige Begleitung angelegt und konsequent präventionsorientiert ausgerichtet ist, eingeführt werden. Auch die Zielgruppe der pflegenden An- und Zugehörigen soll systematisch miteinbezogen werden.

Mit der Einführung des neuen § 7c wird dem Ergebnis des Zukunftspakts Pflege Rechnung getragen. Es wird ein neuer Anspruch für Pflegebedürftige aller Pflegegrade in häuslicher Pflege auf präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung in der Pflege (sog. Pflegebegleitung) zum 1. Januar 2028 geschaffen. Die bislang zur Verfügung stehende Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie die Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen nach § 45 Absatz 1 Satz 3 SGB XI werden in der neuen Regelung in modifizierter Form aufgegriffen.

Die frühzeitige, präventions- und rehabilitationsorientierte Pflegebegleitung soll sowohl pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege als auch ihre An- und Zugehörigen dabei unterstützen, die gesundheitliche und pflegerische Situation der pflegebedürftigen Personen zu verbessern, ihre Selbständigkeit zu erhalten sowie die häusliche Pflegesituation durch ein stabiles Versorgungsarrangement nachhaltig aufrechtzuerhalten. Ein stabiles Versorgungsarrangement kann insbesondere dadurch erreicht werden, dass die Pflegebegleitung die Organisation und das Zusammenspiel der Unterstützungs- und Pflegeleistungen durch Angehörige, Nachbarn, professionelle Dienste und sonstige Ehrenamtliche unterstützt. Durch die Pflegebegleitung können zudem gesundheitliche Verschlechterungen früh erkannt sowie auf geeignete Maßnahmen hingewirkt werden.

Der Anspruch auf Pflegebegleitung steht zudem pflegenden An- und Zugehörigen zu. Sie übernehmen schon heute eine tragende Rolle im pflegerischen Versorgungssystem. Gleichzeitig haben sie oftmals weitere Verpflichtungen. So gehen sie beispielsweise einer Erwerbstätigkeit nach oder ziehen Kinder groß. Ziel der Pflegebegleitung ist es deshalb auch, einer Überforderung der pflegenden An- und Zugehörigen entgegenzuwirken, sie durch geeignete Schritte zu entlasten und bei der Vereinbarkeit der unterschiedlichen Herausforderungen im Alltag zu unterstützen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 Satz 1 werden die Aufgaben der Pflegebegleitung beschrieben. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Grundsätzlich soll die Pflegebegleitung eine laufende pflegfachliche Unterstützung und Begleitung der Pflegebedürftigen und im Bedarfsfall auch deren An- und Zugehörigen bieten. Sie ist jedoch insbesondere zu Beginn der Pflegebedürftigkeit notwendig. Dies gilt zum einen für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Zum anderen gilt dies für Pflegebedürftige, die direkt in Pflegegrad 2 oder 3 eingestuft werden und ausschließlich das Entlastungsbudget beziehen. Denn gerade zu Beginn des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit sind gezielte präventive Maßnahmen sowie sonstige Unterstützungsmaßnahmen sinnvoll, um ein Fortschreiten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Person zu vermeiden, ihre Selbständigkeit zu erhalten sowie frühzeitig pflegende An- und Zugehörige vor einer Überforderung zu bewahren.

Zu Nummer 1

Nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 hat die Gutachterin oder der Gutachter im Rahmen der Begutachtung auch Feststellungen zu den wichtigsten erkennbaren Einschränkungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und den dadurch voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung in einem eigenen Gutachtenabschnitt vorzunehmen. Dabei sind Empfehlungen zu daraus ableitbaren Beratungs- und gegebenenfalls Handlungsbedarfen der Pflegebegleitung auszusprechen, insbesondere zu den ersten Schritten zur Einleitung der pflegerischen Versorgung und erforderlichenfalls eines Fallmanagements zur Deckung besonderer pflegerischer Unterstützungsbedarfe. Nach § 18b Absatz 4 Satz 2 werden die für die Pflegebegleitung erforderlichen Informationen des Gutachtens mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in gesicherter elektronischer Form an die zuständige Pflegebegleitungsstelle übermittelt. Nach Nummer 1 der Regelung hat die Pflegebegleitperson mit diesen Informationen den Unterstützungsbedarf der pflegebedürftigen Person zu erkennen, zu ermitteln und festzuhalten.

Zu Nummer 2

Aufgabe der Pflegebegleitung ist nach Nummer 2 zudem, ein stabiles Versorgungsarrangement für die pflegebedürftigen Menschen unter Einbeziehung ihrer Angehörigen, Zugehörigen und des Umfelds zu gestalten und dessen Umsetzung zu begleiten. Hierzu gehört auch die Erstellung eines Versorgungsplans. Es sind die im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu berücksichtigen. Zu den

sozialen Hilfen gehören auch informelle Unterstützungen aus dem sozialen Umfeld, wie beispielsweise durch Nachbarn oder die Gemeinde oder informelle soziale Netzwerke.

Zu Nummer 3

Die Pflegebegleitung hat nach Nummer 3 die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen im Pflegealltag zu begleiten, individuell fachlich anzuleiten und Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege zu vermitteln. Hierzu gehört, die Pflegesituation zu beobachten, potentielle Problembereiche zu erfragen, auf bestehende Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen und den Pflegebedürftigen oder pflegenden An- oder Zugehörigen eine Hilfestellung für den Bedarfsfall zu signalisieren. Zudem soll eine Hilfestellung und praktische Unterstützung bei der häuslichen Pflege geboten und erste Lösungsschritte aufgezeigt werden. Dies schließt auch eine individuelle Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen mit ein, die künftig keine Leistung mehr nach § 45 sein wird, sondern nun auch Aufgabe der Pflegebegleitung nach dieser Vorschrift. Die Schulung beinhaltet die Vermittlung von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch Initiierung eines zielgerichteten Lernprozesses. Ggf. kann sie auch auf Gruppenkurse vor Ort oder Online-Pflegekurse nach § 45 hinweisen, sofern diese sinnvoll erscheinen.

Zu Nummer 4

Auch hat die Pflegebegleitung nach Nummer 4 bei der Umsetzung von Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen, die im Rahmen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ausgesprochen wurden, zu unterstützen. Dies gilt auch für weitere Präventionsempfehlungen, wie zum Beispiel Präventionsempfehlungen von Ärzten nach § 25 Absatz 1 SGB V und von Pflegefachpersonen nach § 5 Absatz 1a Satz 3 Nummer 2 SGB XI. Hierzu gehört auch, bei der Wahrnehmung der entsprechenden Leistungen zu unterstützen, sofern dies, wie zum Beispiel für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme, erforderlich ist.

Zu Nummer 5

Wurde bei der pflegebedürftigen Person eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt oder hat sie sich in einer vollstationären Krankenhausbehandlung befunden, hat die Pflegebegleitung nach Nummer 5 bei der Umsetzung von Maßnahmen, die im Rahmen des Entlassmanagements im Sinne des § 39 Absatz 1a SGB V empfohlen wurden, zu unterstützen. Hierzu kann sie den von der Rehabilitationseinrichtung an den Pflegebedürftigen übersandten Entlassungsbericht verwenden, der mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person an die Pflegebegleitung weitergegeben wird.

Zu Nummer 6

Weitere Aufgabe der Pflegebegleitung ist nach Nummer 6, Pflegebedürftige zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln zu beraten und bei der Beantragung zu unterstützen. Da zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach Inkrafttreten dieses Gesetzes keine eigenständige Leistung nach § 40 mehr sind, sondern Bestandteil des neuen Entlastungsbudgets nach § 37 Absatz 1, kann die Pflegebegleitung auch über die Art der Produkte und die Bezugsmöglichkeiten beraten, sofern diese notwendig sind.

Zu Nummer 7

Die Pflegebegleitung hat zudem nach Nummer 7 die Situation der pflegenden An- und Zugehörigen systematisch mit einzubeziehen, im Bedarfsfall konkrete Entlastungsmöglichkeiten aufzuzeigen und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen. Hierbei hat sie die von der Gutachterin oder dem Gutachter nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ggf. angegebenen Empfehlungen zur Vermeidung einer Überlastung der Pflegeperson zu berücksichtigen.

Entlastungsmöglichkeiten sind zum Beispiel Leistungen wie das Sachleistungsbudget oder die Tages- und Nachtpflege, vorhandene Selbsthilfegruppen oder die Wahrnehmung möglicher Rechte nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz.

Zu Nummer 8

Die Pflegebegleitung hat nach Nummer 8 Pflegebedürftige in pflegerischen Akutsituationen zu unterstützen und bei Bedarf weitere Hilfen zu organisieren. Wenn aufgrund eines unvorhersehbaren Ereignisses ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf in der häuslichen Pflege oder Betreuung besteht, kann sich der Pflegebedürftige oder der pflegende An- und Zugehörige an die Pflegebegleitung wenden. Diese Aufgabe ist jedoch begrenzt auf tagsüber an Werktagen, um den regulären Arbeitszeiten der Pflegebegleitpersonen Rechnung zu tragen. Für die anderen Zeiten kann künftig der Notdienst in der ambulanten Pflege genutzt werden. Nimmt der Pflegebedürftige Pflegesachleistungen in Akutsituationen nach § 39a durch eine ambulante Pflegenotdiensteinrichtung oder einen ambulanten Betreuungsnotdienst in Anspruch und dauert die Inanspruchnahme länger als drei Kalendertage an, hat die Pflegebegleitung gegenüber dem ambulanten Pflegenotdienst oder dem ambulanten Betreuungsnotdienst eine Einschätzung über die weitere Erforderlichkeit der Akutversorgung des Pflegebedürftigen abzugeben. In pflegerischen Akutsituationen besteht zudem ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf einen Akutpflegeplatz in zugelassenen Pflegeeinrichtungen, soweit und solange ein Anspruch auf Überbrückungsversorgung nach § 39 Absatz 3 Satz 2 besteht und eine stationäre Versorgung nach Einschätzung der Pflegebegleitung aus pflegfachlicher Sicht erforderlich ist. Aufgabe der Pflegebegleitung ist somit auch, diese Einschätzung abzugeben.

Nach Absatz 2 Satz 2 sollen die nähere Ausgestaltung der Inhalte, das Verfahren und die Durchführung der Pflegebegleitung in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1a geregelt werden.

Zu Absatz 3

Mit Absatz 3 Satz 1 soll die Pflegebegleitung möglichst frühzeitig an die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen herangetragen und sie ermutigt werden, diese in Anspruch zu nehmen. Der sinnvollste frühestmögliche Zeitpunkt ist unmittelbar nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades. Denn zu diesem Zeitpunkt steht zum einen fest, dass die pflegebedürftige Person einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Zum anderen ist dies der Zeitpunkt, zu dem das individuelle Pflegearrangement unter Berücksichtigung der Leistungen der Pflegeversicherung sowie unter Berücksichtigung der für die Pflege zur Verfügung stehenden An- und Zugehörigen organisiert wird. Auch ist dies der Zeitpunkt, zu dem gezielte präventive Maßnahmen sinnvoll eingesetzt werden können, um ein Fortschreiten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Person zu vermeiden und ihre Selbständigkeit zu erhalten.

Die Pflegekasse bietet der pflegebedürftigen Person einen konkreten Termin für eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung an und benennt zudem eine Kontaktperson. Das Angebot eines konkreten Termins ist an das Verfahren beim Mammographie Screening angelehnt. Hier wie dort erhält die berechtigte Person einen konkreten Termin und ist frei in ihrer Entscheidung, das Angebot zu nutzen. Durch die Mitteilung eines konkreten Termins soll ihr die Inanspruchnahme jedoch erleichtert werden. Sie muss nicht zunächst selber einen Termin vereinbaren, sondern bekommt diesen von ihrer Pflegekasse angeboten. Passt ihr der Termin nicht oder möchte sie das Angebot nicht nutzen, kann sie den Termin gegenüber der benannten Kontaktperson verschieben oder absagen. Möchte sie das Angebot hingegen nutzen, hat sie nichts weiter zu veranlassen.

Angeboten wird ein Termin in der häuslichen Umgebung im Sinne einer zugehenden Beratung. Dies ist sehr sinnvoll, denn dadurch kann die Pflegebegleitperson zum einen die tatsächlichen Gegebenheiten der häuslichen Pflegesituation in die Pflegebegleitung mit ein-

beziehen. Zum anderen muss die pflegebedürftige Person ihre häusliche Umgebung nicht verlassen, um die Pflegebegleitung in Anspruch nehmen zu können. Um aber auch den Pflegebedürftigen die Inanspruchnahme der Pflegebegleitung zu ermöglichen, die beispielsweise nicht gerne fremde Menschen in ihrer häuslichen Umgebung haben, kann jeder Termin im Rahmen der Pflegebegleitung gemäß Absatz 3 Satz 3 auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch telefonisch oder durch barrierefreie digitale Anwendungen erfolgen. Ebenso ist auf Wunsch der An- und Zugehörigen eine telefonische oder digitale Durchführung denkbar, wenn es ihnen beispielsweise nicht möglich ist, an dem Termin vor Ort zu sein, sie aber trotzdem teilnehmen möchten. Dies gilt auch für den Ersttermin, der allerdings grundsätzlich in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person erfolgen sollte.

Ist der Ersttermin durchgeführt worden und sind aus pflegefachlicher Sicht der Pflegebegleitperson weitere Termine erforderlich, vereinbaren die Pflegebegleitperson und die pflegebedürftige Person weitere Termine. Voraussetzung ist, dass die pflegebedürftige Person einverstanden ist. Die Pflegebegleitperson und die pflegebedürftige Person können unmittelbar im Ersttermin einen oder mehrere weitere Termine vereinbaren oder zu einem späteren Zeitpunkt. Die Termine können sowohl in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person als auch telefonisch oder durch barrierefreie digitale Anwendungen erfolgen. 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.

Zu Absatz 4

Eine pflegefachlich fundierte, verlässliche und vertrauensvolle Unterstützung ist für jedes gute Pflegesetting unerlässlich. Deshalb steht Pflegebedürftigen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen die Pflegebegleitung über Absatz 3 hinaus immer dann zur Verfügung, wenn sie Begleitungs- oder Unterstützungsbedarf haben. Gleiches gilt in pflegerischen Akutsituationen, jedoch begrenzt auf tagsüber an Werktagen, um den regulären Arbeitszeiten der Pflegebegleitpersonen Rechnung zu tragen. Für die anderen Zeiten kann künftig der Notdienst in der ambulanten Pflege genutzt werden.

Zu Absatz 5

Das Fallmanagement als intensive Stufe der Pflegebegleitung dient der Unterstützung bei der Organisation und Koordination der häuslichen Pflege. Entsprechend dem bisherigen Begriff der Pflegeberatung ist das Fallmanagement eine individuelle und umfassende Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl sowie Inanspruchnahme von bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, und Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Es dient dem Zweck, eine angemessene sowie erforderliche Pflege, Betreuung, Behandlung, Unterstützung und Versorgung und ein entsprechendes Versorgungsarrangement zu erreichen und zu sichern. Es wird Pflegebedürftigen angeboten, wenn aus pflegefachlicher Sicht nach Einschätzung der Pflegebegleitperson ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht. Das Fallmanagement setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person ihr Einverständnis gegenüber der Pflegekasse erklärt hat. Deshalb bedarf es einer Rückmeldung an die Pflegekasse, mittels derer die pflegebedürftige Person auch zustimmt, dass die Daten für das Fallmanagement und die Zusammenarbeit mit den am Fallmanagement beteiligten Stellen verarbeitet werden.

Ein besonderer Unterstützungsbedarf kann insbesondere bestehen, wenn

- das Krankheitsbild der pflegebedürftigen Person und somit die pflegerische Versorgung vielschichtig sind,
- An- und Zugehörige für die pflegerische Versorgung längerfristig nicht zur Verfügung stehen oder

- kein erforderliches professionelles Versorgungsangebot zur Verfügung steht.

Verschiedene Situationen können Indikatoren für die Notwendigkeit eines Fallmanagements sein. Hierzu zählen unter anderem

- komplexe medizinisch-pflegerische Bedarfslagen, wie Multimorbidität, wenn schwere Erkrankungen vorliegen, die unterschiedliche Therapien von unterschiedlichen Dienstleistern (Fachärzten, Wundmanagement, Physiotherapie) erfordern,
- post-stationäre Übergänge, die Situation nach einem Krankenhausaufenthalt (z. B. nach einem Schlaganfall), in denen die häusliche Pflege in kürzester Zeit neu organisiert werden muss,
- kognitive Belastungsfaktoren wie Demenz, wenn die kognitive Einschränkung Pflegebedürftiger eine spezialisierte Betreuung und eine engmaschige Koordination von Entlastungsangeboten erfordert, in die neben An- und Zugehörigen auch das soziale Umfeld einbezogen werden sollte.

Den besonderen Unterstützungsbedarf konkretisiert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a.

Ziel des Fallmanagements ist es, Pflegebedürftige mit komplexem Handlungsbedarf ganzheitlich zu unterstützen. Das Fallmanagement erfolgt rechtskreisübergreifend in dem Sinne einer koordinierenden Aufgabe zwischen den beteiligten Stellen. Dies beinhaltet beispielsweise den Kontakt zu Kliniken, Sozialdiensten und Kostenträgern, damit Pflegebedürftige zur passenden Zeit die passende Unterstützung erhalten. Es sollen auch Netzwerke vor Ort (z. B. über Pflegestützpunkte) genutzt werden, um dem Bedarf entsprechende Angebote zu finden. Die Überlastung von An- und Zugehörigen und des sozialen Umfelds soll überwunden werden, um die Selbständigkeit Pflegebedürftiger in der häuslichen Pflege zu erhalten.

Sofern die Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens sichergestellt werden kann, hat die Pflegebegleitperson die Pflegekasse zu informieren, damit gemeinsam mit der Pflegekasse nach Möglichkeiten gesucht wird, wie der Sicherstellungsauftrag nach § 69 eingelöst werden kann. Dabei sind u.a. zu berücksichtigen:

- das Pflegepotenzial von Angehörigen und Zugehörigen (hierzu zählen Nachbarn, Freunde und Bekannte),
- die Einbindung von Pflegediensten, Betreuungsdiensten, AzUiA und Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen,
- ehrenamtliche oder kommunale Angebote, und sonstige Dienstleister ohne Pflegebezug sowie
- Netzwerke für Menschen mit Demenz und sonstige Angebote, insbesondere für Gruppen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert das Verfahren, Anforderungen und Organisation des Fallmanagements in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a.

Zu Absatz 6

Absatz 6 ist an die bisherigen Regelungen zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 ff. SGB XI a. F. angelehnt. Pflegebedürftige, die das neu eingeführte Entlastungsbudget nach § 37 Absatz 1 SGB XI beziehen, haben einmal jährlich eine Pflegebe-

gleitung abzurufen. Die Pflegebegleitung hat in der eigenen Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person zu erfolgen. Eine Durchführung per Videokonferenz ist, im Gegensatz zur bisherigen Regelung, nicht mehr zulässig. Die vorgesehene Regelung dient in erster Linie der dauerhaften Begleitung und Unterstützung der pflegebedürftigen Person. Sie dient aber auch der Begleitung und Unterstützung ihrer pflegenden An- und Zugehörigen. Schließlich dient sie der Feststellung, dass die häusliche Pflege sichergestellt ist. Sie hat somit eine maßgeblich Schutzfunktion gegenüber Pflegebedürftigen, die in der Regel keinen professionellen Leistungserbringer in ihre häusliche Versorgung eingebunden haben.

Die Pflegebegleitperson bestätigt die Durchführung der Pflegebegleitung gegenüber der zuständigen Pflegekasse, im Fall der Beihilfeberechtigung auch gegenüber der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Sofern die pflegebedürftige Person die verpflichtende Pflegebegleitung nicht abrufen, hat die Pflegekasse das Entlastungsbudget angemessen zu kürzen oder zu entziehen. Die Regelung dient somit auch dem Nachweis, dass die finanziellen Mittel der sozialen Pflegeversicherung zweckentsprechend verwendet werden.

Erkennt die Pflegebegleitperson, dass eine angemessene Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht gewährleistet ist, hat sie konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation zu unterbreiten, deren Umsetzung aktiv unterstützen und einen verbindlichen Termin zur Nachprüfung im häuslichen Umfeld festzulegen. Zeigt sich bei diesem Folgetermin, dass die Versorgung der pflegebedürftigen Person weiterhin unzureichend ist, ist die Pflegebegleitperson dazu verpflichtet, die Pflegekasse darüber zu informieren. In der Folge hat die Pflegekasse ein Fallmanagement nach Absatz 5 anzubieten. Das Fallmanagement ermöglicht eine intensivere Steuerung der notwendigen Hilfen und stellt sicher, dass alle relevanten Leistungen bedarfsgerecht organisiert werden. Nimmt die pflegebedürftige Person dieses Unterstützungsangebot nicht in Anspruch, ist die Pflegekasse berechtigt, das Entlastungsbudget zu entziehen. Dies gilt ebenso, wenn der vereinbarte Folgetermin nicht wahrgenommen wird.

Zu Absatz 7

Personenbezogene Daten im Rahmen der Pflegebegleitung und des Fallmanagements dürfen grundsätzlich nur verarbeitet werden, wenn die pflegebedürftige Person ausdrücklich mit der Datenverarbeitung einverstanden ist.

Eine Ausnahme gilt jedoch, wenn die Pflege nach Absatz 5 Satz 4 und Absatz 6 Satz 6 nicht sichergestellt ist. Um Gefahren für die Gesundheit und das Wohlergehen der pflegebedürftigen Person zu verhindern oder abzuwenden, muss ein Informationsaustausch zwischen Pflegebegleitperson und Pflegekasse in diesen Fällen auch ohne Einwilligung möglich sein. Nur so können notwendige Maßnahmen schnell eingeleitet und die Versorgung verbessert werden.

Die Regelung schafft somit einen sachgerechten Ausgleich zwischen der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Regelungen einerseits und dem körperlichen und seelischen Schutzbedürfnis der pflegebedürftigen Person andererseits, wenn die Pflege nicht sichergestellt ist.

Zu Absatz 8

Die Regelung ist von zentraler Bedeutung, um den Gleichklang zwischen privater Pflege-Pflichtversicherung und sozialer Pflegeversicherung zu gewährleisten. Sie stellt sicher, dass alle Pflegebedürftigen unabhängig von der Art ihrer Versicherung eine gleichwertige Versorgung erhalten. Die Leistungen sollen daher hinsichtlich Art und Umfang vergleichbar sein. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist in § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI normiert. Dies gilt somit auch für den Anspruch auf Pflegebegleitung und dessen Umsetzung.

Zu § 7d (Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung)

Zu Absatz 1

Nach Absatz 1 Satz 1 liegt die originäre Verantwortung für die Durchführung der Pflegebegleitung vorbehaltlich der Absätze 4 und 5 bei den Pflegekassen. Sie haben die Pflegebegleitung zum bestmöglichen Nutzen ihrer Versicherten sicherzustellen. Die Pflegebegleitung ist dabei umso wirkungsvoller, je enger alle Beteiligten vor Ort zusammenarbeiten. Deshalb sind die Pflegekassen nach Absatz 1 Satz 2 verpflichtet, mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammenzuarbeiten. Darüber hinaus sind die Pflegekassen verpflichtet, die regionalen Vernetzungsstrukturen zu fördern. Dazu zählen insbesondere die Pflegestützpunkte als lokale Beratungsstellen, in die die Pflegekassen idealerweise die Durchführung der Pflegebegleitung integrieren.

Die Umsetzung dieser Vorgaben erfolgt nach Absatz 1 Satz 3 über Vereinbarungen zwischen den Pflegekassen. Die Vereinbarungen beziehen sich einerseits auf eine bundesweite und kassenartenübergreifende Organisation der Pflegebegleitung. Die Pflegebegleitung soll allen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege und ihren pflegenden An- und Zugehörigen bundesweit in gleich guter Qualität und Quantität zur Verfügung stehen, unabhängig davon, bei welcher Pflegekasse die einzelne Person versichert ist und in welchem Kreis bzw. in welcher kreisfreien Stadt sie lebt. Andererseits müssen sich die Pflegekassen auf einen Verantwortlichen für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt verständigen. Für jede versicherte Person soll zweifelsfrei feststehen, an welche Stelle in ihrem Kreis bzw. ihrer kreisfreien Stadt sie sich für die Durchführung der Pflegebegleitung wenden kann, unabhängig davon, bei welcher Pflegekasse die Person versichert ist. Die Vereinbarungen sind so rechtzeitig zu treffen, dass die Pflegekassen die Pflegebegleitung ab dem 1. Januar 2028 sicherstellen können.

Nach Absatz 1 Satz 4 können die Pflegekassen das Verhandeln und Abschließen der Vereinbarungen auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen.

Nach Absatz 1 Satz 5 können sich die Pflegekassen auch darauf verständigen, die Pflegebegleitung ganz oder teilweise auf Dritte zu übertragen. Damit kann auf bereits bestehende externe Beratungsstrukturen und -kompetenzen zurückgegriffen werden. Bereits heute haben manche Pflegekassen die bisherige Pflegeberatung an Dritte übertragen und ambulante Pflegedienste haben die Beratung nach § 37 Absatz 3 in der bisherigen Fassung über Jahre erbracht. Zu denken ist aber auch an die Schaffung neuer Beratungsstrukturen außerhalb der Pflegekassen. Maßgeblich ist dabei stets, dass die Dritten das Aufgabenspektrum der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 2 abdecken müssen. Möglicherweise ist hier eine teilweise Übertragung auf Dritte eine passende Option.

Absatz 1 formuliert somit ein klares Ziel: die Sicherstellung der Pflegebegleitung aller Pflegebedürftigen durch die Pflegekassen bei weitestgehender Einbindung und Integration weiterer Beteiligter. Gleichzeitig erhalten die Pflegekassen die erforderliche Flexibilität zur Umsetzung dieses Ziels.

Zu Absatz 2

Um die Pflegebegleitung durchführen zu können, müssen die Pflegekassen entsprechend qualifizierte Pflegebegleitpersonen einsetzen. Zu der erforderlichen Anzahl, der Qualifikation sowie der Fortbildung der Pflegebegleitpersonen hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. Juni 2027 Empfehlungen abzugeben. Die in § 17 Absatz 1a genannten Parteien sind an den Empfehlungen zu beteiligen.

Die Pflegebegleitung und das Fallmanagement können durch multiprofessionelle Teams erbracht werden. Abhängig von den zu begleitenden individuellen Fällen können Pflegebegleitpersonen und Fallmanager mit unterschiedlicher Qualifikation eingesetzt werden. So

muss es sich nicht in jedem Fall um eine Pflegefachperson handeln. Für die Beratung zu Leistungen können auch Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der erforderlichen Zusatzqualifikation eingesetzt werden. Auch weitere Berufsgruppen können berücksichtigt werden. Bei der Qualifikation sollten insbesondere Kompetenzen wie die Fähigkeit zur Anleitung, zur Kommunikation, zur Netzwerkknüpfung sowie zur Gesprächsführung und Beratung berücksichtigt werden.

Zu Absatz 3

Die zur Finanzierung der Pflegebegleitung nach § 7c erforderlichen Mittel berechnen sich anhand von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege mit Wohnsitz in dem jeweiligen Kreis bzw. in der jeweiligen kreisfreien Stadt. Der Betrag in Höhe von 146 Euro je pflegebedürftiger Person ergibt sich wie folgt: Nach bisheriger Rechtslage sieht das Pflegeversicherungsrecht verschiedene Regelungen zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen vor. Hierzu gehören insbesondere die Pflegeberatung nach dem bisherigen § 7a, die Beratung bei Pflegegeldbeziehenden nach dem bisherigen § 37 Absatz 3 sowie Pflegekurse für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45. Mit Einführung der neuen Pflegebegleitung zum 1. Januar 2028 werden die bisherigen Beratungsregelungen überwiegend aufgehoben, die dadurch bisher gebundenen finanziellen Mittel werden frei. Sie stehen somit grundsätzlich für die Pflegebegleitung nach § 7c zur Verfügung. Eine Ausnahme gilt für die Pflegekurse nach § 45. Hier werden lediglich die Schulungen in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen nach § 45 in die Pflegebegleitung nach § 7c integriert, sowohl Gruppenkurse als auch Online-Kurse werden weiterhin nach § 45 erbracht.

Bei rund 5,2 Millionen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege (zum Stichtag 31. Dezember 2025: 5.161.367) und einem Betrag in Höhe von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege ergeben sich für die Pflegebegleitung insgesamt finanzielle Mittel in Höhe von rechnerisch rund 760 Millionen Euro, welche mit der Hälfte der bisherigen Ausgaben für den Entlastungsbetrag nach § 45b in Pflegegrad 1, einem Teil der bisherigen Ausgaben für die Pflegeberatung nach § 7a, den bisherigen Ausgaben für die Beratung nach § 37 Absatz 3 und den bisherigen Ausgaben für die Schulungen in der häuslichen Umgebung der Pflegebedürftigen nach § 45 vollständig refinanziert werden. Insgesamt kann dadurch eine fachlich fundierte, präventionsorientierte und verlässliche Pflegebegleitung für alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege sichergestellt werden.

Bei dem Betrag in Höhe von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege handelt es sich um eine Rechengröße. Damit und mit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege soll der Finanzrahmen festgelegt werden, der für die Pflegebegleitung im Jahr zur Verfügung steht. Der Betrag besagt nicht, dass jede pflegebedürftige Person in häuslicher Pflege einen Anspruch auf Pflegebegleitung im Wert von 146 Euro hat. Vielmehr soll die individuelle Inanspruchnahme entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und nach dem Begleitungsbedarf der Pflegebedürftigen erfolgen.

Übernehmen die Pflegestützpunkte für das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt nach Absatz 4 oder übernehmen die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe nach Absatz 5 die Pflegebegleitung auf Grund landesrechtlicher Vorschriften, setzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die finanziellen Mittel je Kreis oder kreisfreier Stadt jährlich in Richtlinien fest (vgl. Absatz 3 Satz 3). Die Pflegekassen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die hierfür erforderlichen Daten jährlich bis spätestens zum 30. Juni zur Verfügung. Dadurch erhalten die Pflegestützpunkte und Kommunen Planungssicherheit: Sie wissen, wie viel Geld ihnen im kommenden Jahr für die Erbringung der Pflegebegleitung zur Verfügung steht.

Die Mittel dienen der Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements, sie dienen aber auch der Schulung und Qualifizierung der Pflegebegleitpersonen.

Dazu gehören auch Maßnahmen zur Sicherstellung der barrierefreien Erreichbarkeit und zur Qualitätssicherung der Pflegebegleitung. Somit werden die maßgeblichen Kosten der Pflegebegleitung durch die finanziellen Mittel abgedeckt.

Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel aus dem Ausgleichsfonds nach § 65 regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung als Verwalter des Ausgleichsfonds durch Vereinbarung.

Zu Absatz 4

Deutschlandweit gibt es rund 500 Pflegestützpunkte (vgl. Achter Pflegebericht der Bundesregierung von November 2024, Berichtszeitraum 2020 bis 2023, S. 150 f., Tabelle 44). In einigen Ländern, wie bspw. Rheinland-Pfalz und Niedersachsen, ist das Netz an Pflegestützpunkten besser ausgebaut als in anderen Ländern. Unabhängig davon soll es allen Ländern ermöglicht werden, vorhandene Beratungs- und Unterstützungsstrukturen in den Pflegestützpunkten nach § 7e zu nutzen und diesen die Durchführung der Pflegebegleitung zu überlassen. Die Überlassung bezieht sich dabei jeweils auf das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt. Diese Option eröffnet Absatz 4, indem den Ländern ermöglicht wird, entsprechende landesrechtliche Regelungen zu treffen. Auf ihrer Grundlage können dann die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe von den Pflege- und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur gemeinsamen und vollständigen Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte verlangen.

Wird die Pflegebegleitung durch die Pflegestützpunkte übernommen, gelten Absatz 1 bis 3, § 7c Absatz 2 bis 7 sowie die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a entsprechend. Damit wird sichergestellt, dass die Pflegebegleitung allen Versicherten bundesweit in gleich guter Qualität und Quantität zur Verfügung steht, unabhängig davon, in wessen Verantwortung die Durchführung liegt.

Über Absatz 1 Satz 5 in entsprechender Anwendung steht es auch den Pflegestützpunkten frei, die ambulanten Pflegedienste oder sonstige Dritte in die Durchführung der Pflegebegleitung einzubinden.

Bei einer Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte sind die Pflegekassen aus ihrer originären und alleinigen Verpflichtung zur Sicherstellung der Pflegebegleitung nach Absatz 1 Satz 1 entlassen. In den Pflegestützpunkten tragen sie gemeinsam mit den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Verantwortung für die Pflegebegleitung. Die Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte bezieht sich jeweils auf das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt.

Zu Absatz 5

Übernehmen die Pflegestützpunkte nicht nach Absatz 4 die Pflegebegleitung, können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Pflegebegleitung auf Grund landesrechtlicher Vorschriften übernehmen. Auch hier bezieht sich die Übernahme auf das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe oder der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe.

Insbesondere in Kommunen mit nicht so vielen Einwohnerinnen und Einwohnern bzw. nicht so vielen Pflegebedürftigen kann es sinnvoll sein, wenn mehrere Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Pflegebegleitung gemeinschaftlich und gebietsübergreifend übernehmen. Diese Möglichkeit eröffnet Absatz 5 Satz 3 im Interesse einer qualitativ und quantitativ hochwertigen Pflegebegleitung.

Zu Absatz 6

Im Fall einer Übernahme der Pflegebegleitung nach Absatz 4 oder 5 haben die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Übernahme der Pflegebegleitung bis zum 31. Mai 2027 gegenüber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen anzuzeigen. Damit erhalten die Pflegekassen Planungssicherheit: Sie wissen nun, dass sie aus der Verpflichtung zur Sicherstellung der Pflegebegleitung nach § 7d Absatz 1 Satz 1 entlassen sind. Gleichzeitig muss der Spitzenverband Bund der Pflegekassen das Budget je Kreis oder kreisfreier Stadt jährlich in Richtlinien festsetzen. Dadurch erhalten die Kreise und kreisfreien Städte in finanzieller Hinsicht die für sie erforderliche Planungssicherheit.

Insgesamt lässt sich folgendes Stufenverhältnis bei der Verantwortlichkeit für die Pflegebegleitung feststellen:

- grundsätzliche Verpflichtung der Pflegekassen zur Sicherstellung der Pflegebegleitung,
- 1. Option: Übernahme der Pflegebegleitung durch die Pflegestützpunkte,
- 2. Option: Übernahme der Pflegebegleitung durch die Kommunen.

Übernehmen weder die Pflegestützpunkte noch die Kommunen die Pflegebegleitung, verbleibt die Pflegebegleitung im alleinigen Verantwortungsbereich der Pflegekassen.

Zu Absatz 7

Um einen Überblick über die Pflegebegleitung in den Landkreisen und Kommunen zu erhalten, ist eine wissenschaftliche Evaluation der Ein- und Durchführung der Pflegebegleitung vorgesehen. Für diese Evaluation ist die Forschungsstelle Pflegeversicherung beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zuständig.

Zu Nummer 9 (§ 7e)

Der bisherige § 7d wird zu § 7e.

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c.

Mit der Ergänzung eines neuen Absatzes 1b wird eine Frist für die Anpassung der Verträge zur Einrichtung des Pflegestützpunkts festgelegt. Zuvor müssen die im Regelungstext genannten Akteure bestimmt haben, dass die Pflegebegleitung durch den Pflegestützpunkt durchgeführt wird, und die Übernahme dieser Aufgabe muss gegenüber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen angezeigt worden sein.

Zu Buchstabe c

In Absatz 2 wird die Aufzählung der „Aufgaben der Pflegestützpunkte“ um den Fall der Übernahme der Pflegebegleitung erweitert.

Zu Buchstabe d

Mit der Anpassung erfolgt die Aktualisierung einer Bezeichnung.

Zu Nummer 10 (§ 8)

§ 8 wird wieder auf seinen Kern der Gemeinsamen Verantwortung konzentriert. In diesen Kontext wird nun auch die Bereitstellung von Daten zur pflegerischen Versorgung aufgenommen. Daher wird der bisher in § 10 Absatz 1 geregelte Pflegebericht neuer § 8 Absatz 3; der Bericht wird ab der 22. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages nun einmal in jeder Wahlperiode des Deutschen Bundestages vorgelegt. Der Bericht umfasst zukünftig auch weitere Angaben, denn die soziale Pflegeversicherung – als Teilleistungssystem – bedingt im Falle der Pflegebedürftigkeit das Aufbringen des eigenen Einkommens und Vermögens für die insgesamt entstehenden pflegebedingten Kosten. Bisher sind Informationen über pflegebedingte Eigenanteile nur für die vollstationäre Pflege bekannt. Informationen darüber, welchen Anteil pflegebedingte Kosten am individuellen sowie haushaltsbezogenen Einkommen und Vermögen einnehmen, existieren weder für Pflegebedürftige in stationärer noch ambulanter bzw. häuslicher Pflege. Gerade bei ambulanter und häuslicher Pflege ist die Frage zu beantworten, ob bei steigenden Pflegekosten ggf. bestimmte Pflegeleistungen nicht mehr in Anspruch genommen werden, weil die Pflegekosten ansonsten aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht mehr finanzierbar wären. In diesem Kontext sind auch die Verbreitung von zusätzlichen privaten Absicherungsmöglichkeiten sowie die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege zu untersuchen.

Die bisher in § 12 Absatz 2 geregelte Zurverfügungstellung von Daten der Pflegekassen wird neuer § 8 Absatz 4. In dem neuen § 8 Absatz 4 wird ein Verweis korrigiert. Im Zukunftspakt Pflege wurde ferner verabredet, dass die Pflegekassen eine einheitliche Plattform errichten, um die im Rahmen ihrer Aufgaben gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 vorgesehene Übermittlung von Daten an die in den Ländern für die Pflegestrukturplanung zuständigen Gebietskörperschaften zu vereinfachen (siehe Punkt 4.4 in den „Fachlichen Eckpunkten für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung“ vom 11. Dezember 2025). Diese Verabredung wird mit der vorliegenden Änderung umgesetzt. Die Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe bereits nach geltendem Recht vereinbaren müssen und die dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Oktober 2026 vorgelegt werden müssen, sind dabei zu berücksichtigen.

Die Finanzierung der Errichtung der Plattform erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

Zu Nummer 11 (§ 8a)

Zu Buchstabe a

Mit der Konkretisierung der Zweckbestimmung von § 8a wird der Aspekt der Sicherstellung für die pflegerische Versorgung noch deutlicher hervorgehoben.

Zu Buchstabe b

Mit der Konkretisierung der Zweckbestimmung von § 8a wird der Aspekt der Sicherstellung für die pflegerische Versorgung noch deutlicher hervorgehoben.

Zu Buchstabe c

Der Einschub in Absatz 4 verweist auf die durch das SGB XI vorgegebenen wesentlichen Regelungen zur Verantwortung und Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bzw. für die Feststellung einer Fehl-, Unter-

oder Überversorgung über landesrechtliche Vorgaben können in den Empfehlungen zur Pflegestrukturplanung insbesondere folgende Indikatoren herangezogen werden:

1. die Wartezeiten auf einen Pflegeplatz oder die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, sofern diese regelmäßig und deutlich über bzw. unter dem bundesweiten Durchschnitt liegen,
2. die Anzahl der Pflegeeinrichtungen oder -dienste im Verhältnis zur Zahl der Pflegebedürftigen im jeweiligen Kreis, sofern dieser deutlich unter oder deutlich über einem von den Mitgliedern des Ausschusses festgelegten Schwellenwert liegt,
3. die Qualität der Pflegeleistungen, wenn diese aufgrund von Personalmangel oder fehlender Infrastruktur nicht den Anforderungen nach § 113 SGB XI entspricht.

Die Feststellung einer Unterversorgung hat aufgrund der Unterschiedlichkeit der pflegerischen Versorgung auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zu erfolgen. Die Länder sind bereits nach geltendem Recht dazu ermächtigt, durch Landesrecht nähere Regelungen zur kommunalen Pflegeplanung und zur Einbindung der Gebietskörperschaften zu treffen.

Zu Buchstabe d

Der geänderte Absatz 4 und der neue Absatz 4a geben vor – sofern landesrechtliche Regelungen zur Pflegestrukturplanung einschließlich der Feststellung einer Unterversorgung und deren Behebung getroffen wurden -, dass in einer bestimmten Frist Maßnahmen zu ergreifen sind. Ein entsprechender Maßnahmenplan soll insbesondere die Ursachen der Unterversorgung analysieren, konkrete, zeitlich befristete Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation enthalten, die Finanzierung und Verantwortlichkeiten zur Behebung klar regeln und hinsichtlich seiner Zielerreichung in regelmäßigen Abständen evaluiert werden.

Der Maßnahmenplan könnte beispielsweise folgende Maßnahmen umfassen: die Förderung des Baus oder der Erweiterung von (kommunalen) Pflegeeinrichtungen, insbesondere durch die Investitionskostenförderung nach § 9 Absatz 2 SGB XI, finanzielle Anreize für Pflegekräfte und die Träger von Pflegeeinrichtungen und für Pflegekräfte, die Unterstützung der qualitativ hochwertigen Anwerbung von Pflegepersonen aus Drittstaaten, Unterstützungsmaßnahmen bei der Ausbildung und Weiterbildung von Pflegepersonal sowie die Koordinierung der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur durch die nach Landesrecht für die Planung zuständigen Stellen. Über den Erfolg des Maßnahmenplans und seiner Umsetzung ist zu berichten.

Zu Nummer 12 (§ 9)

Zu § 9 (Aufgaben der Länder)

Zu Absatz 1

Der bisherige Wortlaut des § 9 wird zu § 9 Absatz 1. Dabei wird die bislang in Satz 4 enthaltene Aussage, dass die nach Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen sich auch an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientieren kann, in einen eigenständigen Satz 5 überführt.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass sich eine nach Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nicht zwingend an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientieren muss. Gleichwohl bleibt diese Möglichkeit eröffnet. Damit liegt es weiterhin im pflichtgemäßen Ermessen der

Länder, wie sie ihre Verantwortung für die pflegerische Versorgungsstruktur wahrnehmen und inwiefern sie Maßnahmen zur Verringerung der Eigenanteile mit Blick auf die den Pflegebedürftigen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen umsetzen.

Zu Absatz 2

Der bisher in § 10 Absatz 2 enthaltene Bericht der Länder wird ohne weitere Änderung zu § 9 Absatz 2.

Zu Nummer 13 (§§ 10 bis 12)

Die neu gefassten §§ 10 bis 12 zeigen die Modernisierung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auf: Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege wird verstetigt und mit aktualisierten Themen befasst (§ 10). Weitere Maßnahmen zur Förderung von Innovation und Digitalisierung sind in § 11 aufgeführt. Und § 12 stellt Maßnahmen zur Förderung guter Versorgung in der Pflegeversicherung dar.

Zu § 10 (Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege)

Das bislang in § 125b geregelte Kompetenzzentrum für Digitalisierung und Pflege wird nunmehr im Ersten Kapitel in § 10 geregelt.

Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ist erfolgreich errichtet worden, seine Arbeit und deren Ergebnisse sind bei den Beteiligten anerkannt. Im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ wurde eine Verstetigung des Kompetenzzentrums sowie der Ausbau des Aufgabenspektrums verabredet. Insbesondere die Entwicklung eines standardisierten Nutznachweises für digitale Anwendungen in der pflegerischen Versorgung wird als zentral angesehen und ist deshalb als neue Aufgabe des Kompetenzzentrums in Absatz 1 Nummer 3 aufgenommen. Da vollstationäre Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2028 bis 2032 die Möglichkeit erhalten, in begrenzter Höhe sogenannte Transformationsstellen in ihrer Pflegesatzvereinbarung zu vereinbaren, soll das Kompetenzzentrum hierfür einen Katalog entlastender und unterstützender digitaler und technischer Systeme erstellen und pflegen. Die Regelung zu den Transformationsstellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 113e soll das Kompetenzzentrum im Hinblick auf ihre Auswirkung evaluieren und dazu einen Zwischen- und einen Endbericht erstellen.

Bis 2028 hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen jährlich seine Arbeit durch wissenschaftliche Begleitung evaluieren zu lassen, danach wird ein Berichtszeitraum aller zwei Jahre als ausreichend angesehen. Der Beirat zur Begleitung der Arbeiten des Kompetenzzentrums wurde ergänzt um die Verbände der Krankenkassen, um deutlich zu machen, dass die Digitalisierung im Bereich der Langzeitpflege maßgeblich von Kranken- und Pflegekassen mitgeprägt wird.

Zu § 11 (Förderung von Innovation und Digitalisierung)

Der neue § 11 regelt die Förderung von Innovation und Digitalisierung in der Pflegeversicherung.

Zu Absatz 1

Der bisherige § 8 Absatz 3 wird zu § 11 Absatz 1. Nach dieser Vorschrift kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Die Fördermittel werden hierbei von bisher 5 auf künftig 10 Millionen Euro im Jahr erhöht. Dies führt jedoch nicht zu Mehr-

ausgaben, da geregelt wird, dass bei einem Überschreiten eines Fördervolumens von jährlich fünf Millionen Euro nach § 11 Absatz 1 die Fördermittel nach § 12 Absatz 4 um bis zu fünf Millionen Euro für Fördermaßnahmen nach § 11 Absatz 1 verringert werden. Die entsprechende Verringerung der Fördermittel nach § 12 Absatz 4 erfolgt jeweils nur in dem Umfang, in dem dies für die Förderung nach § 11 Absatz 1 jeweils erforderlich ist.

Der bisher am Ende von § 8 Absatz 3 stehende Verweis auf die entsprechende Geltung des § 45c Absatz 5 Satz 6 wäre redaktionell mittlerweile auf § 45c Absatz 5 Satz 8 zu beziehen. Im Sinne der Rechtsklarheit wird der Inhalt der Regelung aber nunmehr im letzten Satz des neuen § 11 Absatz 1 selbst ausformuliert.

Zu Absatz 2

Die Neuregelung in § 11 Absatz 2 soll Modellvorhaben zur Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen fördern. Dadurch sollen die Weichenstellungen geschaffen werden, dass in der Praxis geprüft werden kann, inwiefern mittels telefonischer und digitaler Lösungen eine bedarfsgerechte niedrighschwellige Steuerung in pflegerischen Akutsituationen geschaffen werden kann. Die Modellvorhaben sollen insbesondere die Vernetzung mit bestehenden telefonischen und digitalen Angeboten des Notdiensts nach § 75 Absatz 1b des Fünften Buchs und der Notfallversorgung (insbesondere die Rufnummern 116 117 und 112) aber auch weiterer komplementärer Dienste (z. B. Altenhilfe oder sozialpsychiatrischer Dienst) sicherstellen, um eine bedarfsgerechte intersektorale Versorgung zu gewährleisten, Ressourcen effektiv einzusetzen und die Entwicklung von Doppelstrukturen zu vermeiden. Darüber hinaus sind im Rahmen der Modellvorhaben auch künftige Entwicklungen im Bereich der Patientensteuerung, beispielsweise aufgrund in Planung befindlicher oder laufender Gesetzgebungsvorhaben, wie das Vorhaben zur Reform der Notfallversorgung, in den Blick zu nehmen. Die im Rahmen der Modellvorhaben gewonnenen Erkenntnisse sollen auch für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Leistungen genutzt werden.

Zu Absatz 3

Die bisher in § 8 Absatz 8 enthaltene Regelung wird zu § 12 Absatz 3. Bei der bereits bislang bestehenden Förderung der Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen wird zudem ein weiterer Zweck im Gesetz benannt. Neben Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege sind nun auch ausdrücklich Schulungen zum sachgerechten Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege förderfähig. Die Einfügung dient der Klarstellung und hebt die Bedeutung und das künftige Potential des Einsatzes von künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege beispielsweise bei der Pflegedokumentation hervor.

Zu Absatz 4

Aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität werden 1,6 Milliarden Euro im Zeitraum 2027 bis 2031 zur Verfügung gestellt, um die Potentiale der Digitalisierung – insbesondere Entlastung des Pflegepersonals und Steigerung der Pflegequalität – in der Pflege zu heben. Das Geld soll zugelassenen ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen vorbehalten sein, da vollstationäre Pflegeeinrichtungen bereits durch die Refinanzierung von Transformationsstellen (§ 113e-neu) strukturell eine Förderung von Digitalisierung erfahren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung aus dem Ausgleichsfonds der Pflegekassen. Die Mittelvergabe erfolgt nach Maßgabe der verfügbaren Haushaltsmittel ab dem 1. Juli 2027, die Bedingungen des Bundesfinanzministeriums für die Nutzung des Sondervermögens sind dabei zu beachten.

Zu Absatz 5

Die Förderung kann bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden. Förderfähig sind Maßnahmen, die den aufgeführten Punkten in Absatz 5 zugeordnet werden können.

Zu Absatz 6

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regelt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene im Rahmen einer Richtlinie das Nähere der Voraussetzungen, der maximalen Höhe der Förderung pro ambulanter oder teilstationärer Pflegeeinrichtung sowie das Verfahren zur Gewährung der Förderung. Die Voraussetzungen der Investitionsförderung aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität sind zwingend zu beachten. Auch ein Nachweis zum wirtschaftlichen und nachhaltigen Einsatz der geplanten Investitionen sowie die Evaluation der Wirkung der Investition und die Mitwirkung an der Evaluation sind zu regeln. Die Richtlinien regeln zudem, wie die Verwendung der Mittel gegenüber der zuständigen Pflegekasse nachzuweisen ist, und die Folgen bei unzumutbarer Verwendung der Mittel oder Nichtteilnahme an der Evaluation. Einmal jährlich, möglichst im 1. Quartal des Jahres übermittelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Verwendung der Mittel des Vorjahrs.

Zu Absatz 7

Die Förderrichtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zu Absatz 8

Die bisher in § 8 Absatz 9 und 10 enthaltenen Bestimmungen sind nunmehr in § 12 Absatz 5 und 6 geregelt. Hierauf verweist der neue § 11 Absatz 8.

Zu § 12 (Förderung guter Versorgung)

§ 12 regelt die Förderung guter Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung.

Zu Absatz 1

Die bisher in § 8 Absatz 3a geregelte Förderung wird in § 12 Absatz 1 aufgenommen. Da die Förderung nach dem bisherigen § 8 Absatz 3b zum 31. Dezember 2026 ausgelaufen ist, wird im Zuge dessen der Wortlaut des neuen § 12 Absatz 1 bereinigt. Der bisher am Ende von § 8 Absatz 3a stehende Verweis auf die entsprechende Geltung des § 45c Absatz 5 Satz 6 wäre zudem redaktionell mittlerweile auf § 45c Absatz 5 Satz 8 zu beziehen. Im Sinne der Rechtsklarheit wird der Inhalt der Regelung aber nunmehr im letzten Satz des neuen § 12 Absatz 1 selbst ausformuliert.

Zu Absatz 2

Eine nachhaltige Verbesserung der Pflegequalität sowie der Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegenden erfordert, dass organisatorische und technische Innovationen Einzug in den Versorgungsalltag halten und die beruflich Pflegenden an der Gestaltung moderner Pflege aktiv beteiligt werden. Derzeit fehlen jedoch in der Versorgung Strukturen, die den systematischen Transfer sozialer und digitaler Innovationen aus der Forschung in die Praxis der Langzeitpflege vorantreiben. Mit der Regelung soll für Pflegeeinrichtungen, die an Projekten im Rahmen des Modellprogramms teilnehmen, ein wechselseitiger Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis durch vertraglich geregelte Kooperationen mit Hochschulen ermöglicht werden, um Innovationen zu identifizieren, zu erproben und in die Praxis zu überführen. Qualifizierte Pflegefachpersonen (sog. Study Nurses), die als Bindeglied zwischen Hochschule und Pflegeeinrichtung fungieren, Wissen vermitteln, Bildungsangebote gestal-

ten und Forschungsaktivitäten unterstützen, tragen zu einer dezentralen Lerninfrastruktur bei, die eine kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung durch modulare digitale und analoge Angebote ermöglicht. Mit der Regelung wird eine Finanzierung der Kooperationsaufwendungen der beteiligten Pflegeeinrichtungen und der Personalaufwendungen für die sog. Study Nurses ermöglicht. Diese verfügen in der Regel über eine hochschulische Pflegeausbildung oder vergleichbare wissenschaftliche Erfahrungen, die für die Rolle einer Study Nurse erforderlich sind. Die bestehenden Finanzierungszuständigkeiten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung bleiben dabei bestehen. Darüber hinaus wird für Pflegeeinrichtungen, die auf Basis eines Vertrags nach § 75a innovative Konzepte in der pflegerischen Versorgung praktisch erproben, die Möglichkeit eröffnet, für diese Zwecke ebenfalls eine Finanzierung der Kooperations- und Personalaufwendungen aus dem Modellprogramm und damit den Mitteln des Ausgleichsfonds zu erhalten. Für welche innovativen Konzepte nach § 75a diese Möglichkeit eröffnet wird, legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ebenso fest wie die Anforderungen an Modellvorhaben nach Absatz 1 oder § 11 Absatz 1, die sich für den Einsatz von qualifizierten Pflegefachpersonen als Study Nurses eignen, sowie die Anforderungen an diese Pflegefachpersonen und die beteiligten Pflegeeinrichtungen.

Zu Absatz 3

Die bislang in § 8 Absatz 3c geregelte Förderung wird nunmehr in § 12 Absatz 3 verortet.

Zu Absatz 4

Der bisher in § 8 Absatz 4 geregelte Fördertatbestand wird zum neuen § 12 Absatz 4. Im Zuge dessen erfolgt eine Ergänzung.

Ziel des Förderprogramms „Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ ist es, die Attraktivität des Pflegeberufs und damit auch die Personalsicherung in der Langzeitpflege positiv zu beeinflussen. Neben den Arbeitsbedingungen können auch Erfolge bei der pflegerischen Versorgung einen positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten haben. Gelingt es durch gezielte pflegerische Maßnahmen, die Selbständigkeit und die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern oder wiederherzustellen, dann haben die beteiligten Pflegekräfte einen solchen Erfolg errungen. Bereits heute ist die aktivierende Pflege ein fester Bestandteil pflegerischer Leistungen nach dem SGB XI. Zukünftig sollen die Potentiale der Prävention und Rehabilitation von Pflegebedürftigkeit noch besser als bisher genutzt werden. Zukünftig können Pflegeeinrichtungen eine Förderung nach § 12 Absatz 4 auch für Maßnahmen erhalten, die die rehabilitativen Aspekte der pflegerischen Versorgung stärken und dabei über die aktivierende Pflege hinausgehen. Insbesondere tägliche individuell angepasste Bewegungseinheiten sowie das Training von Alltagsaktivitäten können zu höherer Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Personen und zu einer Reduktion der Pflegebedürftigkeit beitragen. Die Einbeziehung der spezifischen Kompetenzen anderer Leistungserbringer wie z. B. Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten ist bei der Konzepterstellung ausdrücklich gewünscht. Übergeordnetes Ziel der Konzepte soll es sein, durch positive Erfahrungen mit der Zustandsverbesserung der pflegebedürftigen Personen gleichzeitig auch das pflegerische und betreuende Personal in der täglichen Arbeit zu motivieren und zu bestärken, wodurch die Arbeitszufriedenheit steigt und die Mitarbeiterbindung weiter erhöht werden kann.

Werden Fördermittel für diesen neuen Fördertatbestand beantragt, so ist nach Zustimmung der Pflegeeinrichtung die Information über die geplante Maßnahme von der Pflegekasse an die Geschäftsstelle nach § 113d SGB XI zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen zum Zweck der Veröffentlichung weiterzugeben. Die Geschäftsstelle nach § 113d wird damit in die Lage versetzt, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zukünftig Konzepte und Best-Practice-Ansätze zur Umsetzung einer stärker rehabilitativ ausgerichteten Pflege zur Ver-

fügung zu stellen. Die Förderung ist nicht von der Zustimmung der Pflegeeinrichtung zur Weitergabe der Informationen an die Geschäftsstelle nach § 113d abhängig.

Da vorgesehen ist, dass die Förderung insbesondere über bisher nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erfolgen kann, entstehen durch eine Ausweitung des Förderkatalogs keine gesonderten Kosten.

Ferner wird geregelt, dass die Fördermittel nach § 12 Absatz 4 ab 2027 um fünf Millionen Euro pro Kalenderjahr für Fördermaßnahmen nach § 11 Absatz 1 verringert werden. Diese Fördermittel für § 11 Absatz 1 sollen nur bei jährlichem Überschreiten eines Fördervolumens von fünf Millionen Euro nach § 11 Absatz 1, das primär einzusetzen ist, genutzt werden. Sofern die Fördermittel nach § 12 Absatz 4 für Fördermaßnahmen nach § 11 Absatz 1 in einem Kalenderjahr nicht beansprucht werden, weil es nicht erforderlich ist, um alle gemäß § 11 Absatz 1 geförderten Maßnahmen zu finanzieren, fließen entsprechend nicht genutzte Mittel deshalb im Folgejahr erneut der Förderung nach § 12 Absatz 4 zu. Dementsprechend wird geregelt, dass Mittel, die in einem Kalenderjahr nicht für Fördermaßnahmen nach § 11 Absatz 1 beansprucht worden sind, im Folgejahr die gemäß § 12 Absatz 4 zur Verfügung stehenden Mittel wieder erhöhen. Das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen kann in der Vereinbarung gemäß § 12 Absatz 6 geregelt werden.

Zu Absatz 5

Die bislang in § 8 Absatz 9 enthaltenen Bestimmungen sind nun in § 12 Absatz 5 verortet.

Zu Absatz 6

Die bislang in § 8 Absatz 10 enthaltenen Bestimmungen sind nun in § 12 Absatz 6 verortet.

Zu Nummer 14 (§ 13)

Zu Buchstabe a

§ 13 Absatz 4b ist durch Zeitablauf erledigt und wird daher zur Rechtsbereinigung gestrichen; die hierin geregelte Evaluation wurde fristgerecht durchgeführt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung des Entlastungsbudgets.

Zu Nummer 15 (§ 14)

Nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zum 1. Januar 2017 liegen nun ausreichend Erfahrungen und Erkenntnisse aus der praktischen Anwendung vor. Auch die Studie zur Entwicklung der Pflegeprävalenzen, mit der das IGES Institut im Jahr 2025 vom GKV-Spitzenverband beauftragt wurde, hat erste wissenschaftlich fundierte Hinweise zu möglichen Anpassungen und Verbesserungen der Pflegebegutachtung geliefert. Vor diesem Hintergrund soll das Instrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nun – rund 9 Jahren nach seiner erfolgreichen Einführung – weiterentwickelt werden. Diese Weiterentwicklung betrifft auch die Kriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit. Gemäß § 14 ist nach bisheriger Rechtslage die voraussichtliche Dauer der festgestellten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten für mindestens sechs Monate Voraussetzung für das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit. Die Änderung von § 14 bezweckt nun, die Anforderungen an diese Wahrscheinlichkeitsprognose zu konkretisieren.

Langzeitpflegebedürftigkeit setzt in Zukunft die hohe Wahrscheinlichkeit der sechsmonatigen Dauer der genannten Beeinträchtigungen voraus. Damit soll im Rahmen der Begutachtung der Blick stärker als bisher auf mögliche Potentiale zur Verbesserung der Beeinträchtigungen durch Therapien, Rehabilitation oder auch präventive Maßnahmen gelenkt werden.

Der Medizinische Dienst Bund wird gesetzlich beauftragt, in den Begutachtungs-Richtlinien die Anforderungen an die Wahrscheinlichkeitsprognose und die dazu erforderlichen Ausführungen im Gutachten nach § 18b näher zu konkretisieren. Hierbei wird in der Begründung des Gutachtens herauszuarbeiten sein, ob im Einzelfall eine in den Richtlinien genauer zu beschreibende Konstellation vorliegt, die eine Wiedererlangung der Selbständigkeit und von Fähigkeiten oder eine Nicht-Wiedererlangung innerhalb des genannten Zeitraumes als naheliegend erscheinen lässt. Therapie-, Rehabilitations- und Präventionspotentiale sind hierbei zu berücksichtigen. Besonderer Beachtung bedarf beispielsweise auch das kombinierte Vorliegen von Indizien für eine günstige Prognose. Handelt es sich etwa um besonders junge Menschen mit vergleichsweise stärkerer Vitalität und steht eine pflegebegründende Diagnose im Zusammenhang mit einer erst kurz zurückliegenden, bereits überwundenen oder grundsätzlich therapierbaren Erkrankung, wird der individuelle Begründungsaufwand höher sein als in anderen Konstellationen. Zu berücksichtigen sind dabei etwa auch Beeinträchtigungen von Fähigkeiten nach Krankenhausaufenthalt oder Fallkonstellationen, in denen eine mögliche Therapie der Erkrankung noch gar nicht begonnen wurde. Auch die besondere Bedeutung von fremdanamnestischen Angaben durch den Begutachtenden kann Anlass sein, sich mit der Wahrscheinlichkeitsprognose vertieft auseinanderzusetzen.

Zu Nummer 16 (§ 15)

Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des neuen Begutachtungsinstruments zum 1. Januar 2017 hat sich der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung mit einer Dynamik verändert, die zu diesem Zeitpunkt nicht absehbar war. Auch die erwartete Abflachung des mit der Umstellung verbundenen Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen auf ein demografisch begründbares Niveau nach wenigen Jahren ist bisher nicht eingetreten, die Zunahme der Anzahl der Leistungsempfänger ist weiterhin ungebremsst. Zur Erfüllung eines entsprechenden gesetzlichen Auftrags aus dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025 hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen das IGES-Institut damit beauftragt, Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Pflegeprävalenzen zu identifizieren, sowie mögliche Weiterentwicklungsbedarfe am Begutachtungsinstrument zu prüfen. Zwischenergebnisse dieser Studie wurden bereits am 10. März 2026 vorgestellt und enthielten die Empfehlung einer Anpassung der Schwellenwerte des Begutachtungsinstrumentes. Der Abschlussbericht zur Studie beinhaltet darüber hinaus detailliertere Analysen, in denen simuliert wird, wie sich die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit unter Annahme höherer Schwellenwerte entwickelt hätte. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass als kurzfristige Handlungsmöglichkeiten zur Dämpfung einer weiteren Zunahme der Pflegeprävalenz insbesondere solche Maßnahmen in Betracht kommen, die den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung auf der Ebene der geltenden Verfahren neu justieren (wie die Anpassung der Schwellenwerte).

Die aktuellen Schwellenwerte sind das Ergebnis des Gesetzgebungsprozesses zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II), mit dem der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in das Recht der Pflegeversicherung eingeführt wurde. Bei der nun gesetzlich vorgenommenen Anpassung, die eines der in der IGES-Studie vorgeschlagenen Szenarien aufgreift, handelt es sich um eine Rückkehr zu den vom Expertenbeirat im Jahr 2013 ursprünglich empfohlenen Schwellenwerten. Die Schwellenwerte „Neues Begutachtungsassessment 2013“ (NBA 2013) wurden vom „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ in den Jahren 2006–2009 im Rahmen der Entwicklung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung wissenschaftlich hergeleitet und vom „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (2012-2013) über-

prüft und bestätigt. Es handelt sich um wissenschaftlich fundierte Schwellenwerte, die nun gesetzlich eingeführt werden und in Zukunft den Ausgangspunkt für mögliche weitere Anpassungen und Weiterentwicklungen des Begutachtungsinstrumentes darstellen können. Laut vorgenanntem Abschlussbericht des IGES-Institutes würde die Anwendung der vom Expertenbeirat empfohlenen Werte für das Versichertenkollektiv der sozialen Pflegeversicherung bei den Erstbegutachtungen zu einer deutlichen Reduktion der Anerkennung von Pflegebedürftigkeit führen (bei einer ausschließlichen Anpassung der Schwellenwerte um knapp 12 Prozent, bei einer zusätzlichen Anpassung der Intervallgrenzen der Einzelpunkte in den Modulen 1, 4 und 6 um etwa 22 Prozent). Auch ein nennenswerter Einfluss auf die Ergebnisse von Höherstufungsbegutachtungen wird dargestellt.

Eine entsprechende, kontinuierliche und institutionalisierte Evaluation und Prüfung von Änderungsbedarfen am Begutachtungsinstrument sowie am Pflegebedürftigkeitsbegriff sind im neuen § 18f SGB XI enthalten. Dies soll die im erwähnten Abschlussbericht empfohlene, grundlegende und kontinuierliche Überprüfung des Begutachtungsinstrumentes und der zugrunde liegenden methodischen Ansätze ermöglichen.

Die Anpassungen hinsichtlich der Einstufung von Kindern im Alter bis zu 18 Monaten stellen systematisch bedingte Folgeanpassungen dar.

Bei der Änderung in Absatz 8 handelt es sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 17 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift dient der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch eine Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien an neue pflegfachliche oder medizinische Erkenntnisse unter dem besonderen Blickwinkel der Straffung und Entbürokratisierung des Verfahrens für alle Beteiligten. Hierbei sollen insbesondere die Erkenntnisse des Medizinischen Dienst Bund aus seinem Modellprojekt gemäß § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) einfließen.

Zudem wird eine Verknüpfung zu den Arbeitsergebnissen des neu eingeführten Expertenbeirates nach § 18f hergestellt. Da die Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein dauerhafter Prozess ist, der immer wieder aktuelle Entwicklungen in Gesetzgebung, Wissenschaft und Praxis aufgreifen soll, wird es als nötig erachtet, fortlaufend bei jeder Richtlinienanpassung auch Impulse eines wissenschaftlich unabhängigen Beirates zu berücksichtigen. Ziel der Änderung von § 17 in Verbindung mit § 18f ist eine schrittweise, evolutive Weiterentwicklung von Verfahrensvorschriften, die Fehlentwicklungen frühzeitig entgegenwirkt und in laufende Prozesse integriert werden kann.

Zu Buchstabe b

§ 17 Absatz 1a sieht bereits nach bisheriger Rechtslage eine Richtlinienkompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund vor, mit der einheitliche Vorgaben insbesondere für die wesentlichen Inhalte, das Verfahren und eine qualitätsgesicherte Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a i.d.F. bis zum 31. Dezember 2027 aufgestellt werden (bisherige Pflegeberatungs-Richtlinien). Durch die Einführung der neuen Pflegebegleitung zum 1. Januar 2028, in der die bisherige Pflegeberatung in modifizierter Form aufgegriffen wird, ist § 17 Absatz 1a an die neue Rechtslage anzupassen. Zukünftig sieht § 17 Absatz 1a demzufolge eine Richtlinienkompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund vor, mit der einheitliche Vorgaben für die Umsetzung der Pflegebegleitung nach § 7c aufgestellt werden (sog. Pflegebegleitungs-Richtlinien).

Auch im Rahmen dieser Richtlinienkompetenz ist eine breite Einbindung insbesondere der Fachkreise, Länder und Interessenvertretungen vorgesehen, um die Richtlinien inhaltlich möglichst breit aufzustellen. Ein Beteiligungsrecht an der Erstellung der Richtlinien wird insbesondere denjenigen Stellen und Akteuren eingeräumt, die sich im Rahmen des § 7d für eine Übernahme der Pflegebegleitung entscheiden können. Gleiches gilt für den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Hinblick auf § 7c Absatz 8. Die bisherigen Sätze 2 und 3 (Sätze 3 und 4 in der neuen Fassung) bleiben somit unverändert.

Mit den Pflegebegleitungs-Richtlinien sollen zum einen Vorgaben zur näheren Ausgestaltung der Inhalte der Pflegebegleitung gemacht werden. Hierfür sind die in § 7c Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 8 aufgeführten Aufgaben der Pflegebegleitung einschließlich der entsprechenden Begründungen maßgeblich. Ebenso maßgeblich ist die in § 7c Absatz 1 Satz 2 festgehaltene Zielrichtung der Pflegebegleitung, ebenfalls einschließlich der Ausführungen in der Begründung.

Zum anderen sollen Vorgaben zum Verfahren und zur Durchführung der Pflegebegleitung gemacht werden. Nähere Vorgaben zum Verfahren einschließlich des Datenschutzes finden sich insbesondere in § 7c Absatz 3 (Angebot eines konkreten Termins für eine Pflegebegleitung nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades), in Absatz 6 (verpflichtende Pflegebegleitung bei Beziehenden des Entlastungsbudgets nach § 37) und in Absatz 7 einschließlich der dazugehörigen Begründungen. Auch im Rahmen des Fallmanagements nach § 7c Absatz 5 finden sich besondere Vorgaben zum Verfahren, die entsprechend zu berücksichtigen sind.

Vorgaben zur Durchführung der Pflegebegleitung betreffen einerseits die qualitätsgesicherte Durchführung der Pflegebegleitung. Sie betreffen andererseits aber auch die enge Zusammenarbeit mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten sowie die Förderung regionaler Vernetzungsstrukturen (§ 7d Absatz 1 Satz 2). Gleiches gilt im Hinblick auf die bundesweite und kassenartenübergreifende Organisation der Pflegebegleitung nach § 7d Absatz 1 Satz 3.

Das Fallmanagement stellt eine intensive Stufe der Pflegebegleitung dar. Es wird angeboten, wenn aus pflegefachlicher Sicht nach Einschätzung der Pflegebegleitperson ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht. In die Pflegebegleitungs-Richtlinien sind somit Vorgaben zu den Voraussetzungen für einen besonderen Unterstützungsbedarf aufzunehmen. Als Grundlage dienen insoweit die beispielhaften Ausführungen in der Begründung zu § 7c Absatz 5. Zudem sind in die Richtlinien Vorgaben zu der strukturierten Methode zur Steuerung der Pflegehilfesituation im Rahmen des Fallmanagements aufzunehmen. Schließlich ist aufzunehmen, welcher Zeitrahmen als angemessener Zeitrahmen nach § 7c Absatz 5 Satz 4 anzunehmen ist. Hintergrund ist, dass die Pflegebegleitperson nicht mit der Verantwortung für die Versorgung der pflegebedürftigen Person alleine gelassen werden soll, wenn diese nicht innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens sichergestellt werden kann.

Soweit die bisherigen Pflegeberatungs-Richtlinien Vorgaben treffen, die weiterhin Gültigkeit haben, sind diese in die Pflegebegleitungs-Richtlinien zu übernehmen.

Die Pflegebegleitungs-Richtlinien sind für alle Pflegebegleitpersonen, die Pflegebegleitung nach § 7c durchführen, unmittelbar verbindlich. Sie sind vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund bis zum 30. Juni 2027 zu erlassen, da sie sowohl von den Pflegekassen als auch von den Pflegestützpunkten und Kommunen für die Durchführung der Pflegebegleitung benötigt werden.

Zu Nummer 18 (§ 18)

Statistische Auswertungen des Medizinischen Dienst Bund zeigen, dass die Anzahl an Begutachtungen, bei denen keine Pflegebedürftigkeit festgestellt werden kann, seit dem Jahr 2020 im Jahresvergleich kontinuierlich ansteigt und, dass der Anteil der erfolglosen Begut-

achtungen an den Erstbegutachtungen sehr hoch ist (2024 waren es rund 18 Prozent). Auch kommt es in einer relevanten Anzahl von Fällen bei der Begutachtung zu der Vergabe von „0 Punkten“. Daraus ist zu folgern, dass relativ viele Menschen nicht gut genug darüber informiert sind, ob in ihrem individuellen Fall tatsächlich eine Pflegebedürftigkeit vorliegen könnte. Eine Antragstellung „auf Verdacht“ auch in eindeutig aussichtslosen Fällen führt wiederum zu längeren Wartezeiten für Antragsteller mit eindeutiger Pflegebedürftigkeit und daraus resultierendem, dringendem Handlungsbedarf für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in diesen Fällen, weil die personellen Ressourcen der Medizinischen Dienste begrenzt sind.

Daher soll der Medizinische Dienst Bund in seinen Begutachtungs-Richtlinien ein geeignetes Verfahren zur Beratung in Situationen offensichtlich fehlender Pflegebedürftigkeit entwickeln, das punktuell greift und dem Antragstellenden eine realistische Einschätzung zu den Erfolgsaussichten seines Antrags vermittelt. Ein möglicher Indikator für eine Evidenzkontrolle kann beispielsweise eine gehäufte Antragstellung durch dieselbe Person innerhalb kurzer zeitlicher Abstände sein, ohne dass die Begutachtungen bei dieser Person bisher zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit geführt haben. Die Maßnahme dient dem Ziel, Begutachungskapazitäten effizient dort einzusetzen, wo diese im Sinne des tatsächlichen Bedarfs und der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung benötigt werden. Das individuelle Recht auf eine Begutachtung der Versicherten bleibt dabei unangetastet. Negative Folgen dürfen an eine Aufrechterhaltung des Antrags trotz gegenteiliger Empfehlung durch die zuständige Stelle nicht geknüpft werden. Mit der Regelung wird eine Empfehlung im Abschlussbericht zur Studie „Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstruments“ des IGES-Institutes aufgegriffen, wonach geprüft werden sollte, das Antragsverfahren durch eine zusätzliche Beratungsstufe zu ergänzen. Es obliegt dem Medizinischen Dienst Bund zu entscheiden, ob das Verfahren auch bei Höherstufungsanträgen Anwendung finden soll.

Zu Nummer 19 (§ 18a)

Zu Buchstabe a

Nach bisheriger Praxis werden die zu Begutachtenden entsprechend den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund nach § 53d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren in der Regel bei der Terminankündigung über die für die Begutachtung bereitzulegenden und relevanten Unterlagen für die Einschätzung der Pflegesituation informiert (zum Beispiel Facharzt-, Krankenhausberichte, sowie Berichte von Rehabilitationseinrichtungen). Um den Pflegebedürftigen die Bedeutung ihrer Mitwirkung für das Begutachtungsverfahren und die Tragweite auch für die Begutachtung ihrer Pflegebedürftigkeit zu verdeutlichen, sollen sie künftig auch über die möglichen Folgen ihrer fehlenden Mitwirkung informiert werden. Denn liegen zum Zeitpunkt der Begutachtung die gegebenenfalls notwendigen Unterlagen zur nachvollziehbaren Bewertung der Angaben der antragstellenden Person nicht vor, kann dies dazu führen, dass tatsächlich vorliegende Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und von Fähigkeiten nicht vollumfänglich Eingang finden in die Berechnung des Pflegegrads.

Bei der Information des Versicherten soll in verantwortungsbewusster Weise an eine das Verfahren fördernde Mitwirkung appelliert werden. Eine der vielfachen Aufgaben des Expertenbeirates nach § 18f wird es sein, zu beurteilen, ob die dadurch bezweckten Beschleunigungseffekte für das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bereits ausreichend erscheinen oder eine Stärkung von Mitwirkungspflichten, insbesondere bei Höherstufungsanträgen, angezeigt ist. Bei der Beurteilung dieser Frage sollen insbesondere die Erkenntnisse des Medizinischen Dienst Bund aus seinem Modellprojekt gemäß § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) einfließen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen als redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 20 (§ 18b)

Zu Buchstabe a

Die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste haben die Aufgabe, im Pflegegutachten Empfehlungen auszusprechen, die zu einer positiven Veränderung der Pflegesituation beitragen können. Hierzu gehören auch die Rehabilitationsempfehlungen. Der „Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18d Absatz 1 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ für das Berichtsjahr 2024 zeigt die Entwicklung der Rehabilitationsempfehlungen. Demnach wurden im Jahr 2024 durch die Medizinischen Dienste bei ca. 2,98 Millionen Begutachtungen insgesamt 87.200 Empfehlungen für eine medizinische Rehabilitation abgegeben. Dies entspricht einer Empfehlungsquote für eine Rehabilitation in Höhe von 2,9 Prozent. Eine positive Entwicklung der Empfehlungen im Vergleich zu den Vorjahren konnte nicht festgestellt werden.

Studien (Kalwitzki, T., Huter, K., Runte, R., Breuninger, K., Janatzek, S., Gronemeyer, S., Gansweid, B. & Rothgang, H. (2017), Aus der Forschung ins Pflegestärkungsgesetz II. Das Projekt Reha XI zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der MDK-Pflegebegutachtung, Das Gesundheitswesen, 79(08/09), 652–653) liefern Hinweise darauf, dass das tatsächliche Potential für die Empfehlung rehabilitativer Leistungen im Rahmen der Pflegebegutachtung erheblich höher ist. Die Änderung in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b soll dazu beitragen, den Fokus der Gutachterinnen und Gutachter noch stärker als bisher auf das individuelle Potential von Rehabilitation für die Wiedererlangung von Fähigkeiten und Verbesserungen der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen zu lenken. Sofern hierzu nicht bei allen Gutachterinnen und Gutachtern die notwendigen Fachkenntnisse vorliegen sollten, könnten diese mit Hilfe von gezielten Schulungen erlangt und weiter gefördert werden.

Die Neuregelung bezweckt, dass die Aufmerksamkeit des dafür speziell geschulten Gutachters oder der Gutachterin in der Begutachtungssituation auf die Gründe gelenkt wird, die einer Rehabilitationsempfehlung möglicherweise entgegenstehen und zu hinterfragen, ob diese wirklich durchgreifend sind. Der Neuformulierung von Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b ist eine Regel-Ausnahme-Aussage dergestalt zu entnehmen, dass die Sinnhaftigkeit einer Rehabilitationsempfehlung durch eine Einzelfallbezugsnahme konkret widerlegt werden muss.

Da davon auszugehen ist, dass Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere direkt zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit diese eventuell noch beeinflussen können, ist im Einzelfall gesondert abzuwägen, ob etwa eine Rehabilitationsfähigkeit tatsächlich nicht gegeben ist.

Zu den durch die Gesetzesänderung neu eingeführten Inhalten des Gutachtens gehört mit Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 auch ein eigener Gutachtenabschnitt zu den erkennbaren wesentlichen Einschränkungen der Selbstständigkeit und den dadurch voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung. Damit sollen die im Pflegegutachten bereits enthaltenen Erkenntnisse für die weitere pflegerische Versorgung genutzt und die entsprechenden Informationen weiteren Beteiligten, insbesondere der Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d, zur Verfügung gestellt werden. Die Pflegebegutachtung in der derzeitigen Form leistet eine pflegewissenschaftlich begründete Ermittlung des Grades der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in allen relevanten Lebensbereichen und damit der Pflegebedürftigkeit insgesamt. Zwar enthalten die Pflegegutachten bereits wertvolle Infor-

mationen über bestehende Beeinträchtigungen, diese lassen aber nicht direkt darauf schließen, welche Hilfen und Interventionen angezeigt sind und welche konkrete Unterstützung und Förderung der betreffende Mensch in seiner individuellen Lebenssituation benötigt. Damit werden Informationen aus der Begutachtung für die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen besser nutzbar gemacht. Auch für ein mögliches Fallmanagement durch die Pflegebegleitung sollen die Informationen genutzt werden können.

Auch die Belastungssituation pflegender An- und Zugehöriger kann in einigen Fällen durch frühzeitige Hinweise aus der Begutachtungssituation bereits positiv beeinflusst werden. Die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen können an diese, bei der Begutachtung gewonnenen Erkenntnisse anknüpfen und die Situation der pflegenden An- und Zugehörigen mit einbeziehen und im Bedarfsfall konkrete Entlastungsmöglichkeiten aufzeigen und bei deren Inanspruchnahme unterstützen.

Diesem Zweck dienen die aus dem neuen Gutachtenabschnitt abzuleitenden und an die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen zu übermittelnden Empfehlungen. Eine solche Verzahnung mit den neu strukturierten Informations-, Beratungs-, und Unterstützungsleistungen soll Doppelaufwände reduzieren und eine möglichst rasche Sicherstellung von bedarfsgerechter Pflege ermöglichen.

Zu Buchstabe b

Der Medizinische Dienst Bund erhält den Auftrag, die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 neu eingeführten Gutachteninhalte in den Begutachtungs-Richtlinien näher zu konkretisieren. Mit Blick auf die begrenzten Kapazitäten der Medizinischen Dienste, auf den Grundsatz der Datensparsamkeit sowie auf das übergeordnete politische Ziel der Entbürokratisierung soll der neue Gutachtenabschnitt die notwendigen Inhalte umfassen, der Fokus der Begutachtung aber weiterhin auf der Feststellung der Pflegebedürftigkeit liegen. Bei Vorliegen neuer Erkenntnisse ist es die Aufgabe des Medizinischen Dienst Bund, in den Richtlinien die Gutachteninhalte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 weiterzuentwickeln. Dabei sollen auch Erkenntnisse (Ergebnisse und geeignete Zwischenergebnisse) aus dem Modellprojekt gemäß § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) einfließen. Darüber hinaus soll der Expertenbeirat nach § 18f weitere Empfehlungen und Umsetzungsvorschläge zu den Ergebnissen des genannten Modellprojekts unterbreiten, die ebenfalls bei der Richtlinienanpassung zu berücksichtigen sind.

Zu Buchstabe c

Die durch die neu eingeführten Gutachteninhalte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 gewonnenen Informationen und Erkenntnisse sollen weiteren Stellen nutzbar gemacht werden. Zu diesem Zweck sieht Absatz 4 Satz 2 die Übermittlung der erforderlichen Informationen durch die Pflegekassen an die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen vor, wenn der Pflegebedürftige vorher einwilligt. Hiermit ist eine Einwilligung im Sinne von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a DSGVO gemeint, deren Voraussetzungen vorliegen müssen. Insbesondere ist dem Pflegebedürftigen im Sinne der Informiertheit der Einwilligung nach Erwägungsgrund 32 der DSGVO vorher die konkrete für die Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d zuständige Stelle zu nennen. Die fehlende Einwilligung von Berechtigten in die Übermittlung des Pflegegutachtens ist nicht als fehlende Mitwirkung am Begutachtungsverfahren anzusehen. Die Pflegebedürftigen dürfen nicht bevorzugt oder benachteiligt werden, weil sie in die Übermittlung eingewilligt oder nicht eingewilligt haben. Die Verpflichtung zur Mitwirkung im Übrigen bleibt aber unverändert.

Eine Übermittlung an die zuständigen Träger der Sozialhilfe hat hingegen nur auf deren Verlangen zu erfolgen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die relevanten Passagen der Gutachten auch wirklich – dies kann in der Praxis unterschiedlich ausfallen – von diesen benötigt werden. Die Regelung ordnet die Übermittlung zum Zwecke einer bedarfsgerech-

ten Leistungsgewährung an, soll aber nicht bereits bestehende anderweitige Übermittlungsbefugnisse ausschließen.

In beiden Fällen der Übermittlung erfolgt diese zweckgebunden und ist dabei der Grundsatz der Datensparsamkeit zu beachten.

Zu Nummer 21 (§ 18c)

Durch die Ergänzung des § 18c Absatz 5 Satz 2 soll klargestellt werden, dass auch in den Fällen, in denen die Frist nach Satz 1 bereits abgelaufen ist, die Pflegekasse nicht zur Zahlung an den Antragsteller verpflichtet ist, soweit für den konkret in Rede stehenden Zeitraum die Pflegekasse und der Medizinische Dienst die weitere Verzögerung nicht zu vertreten haben, etwa weil eine Begutachtung nicht erfolgen kann.

Auch in Fällen, in denen der Fristlauf nicht unterbrochen werden kann, weil die Frist bereits abgelaufen ist, hat eine Zusatzzahlung daher nicht zu erfolgen, solange ein nicht zu vertretender Verzögerungsgrund vorliegt, der für die zusätzliche Verzögerung ursächlich ist.

Zu Nummer 22 (§ 18f)

Die letzte große Revision des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit der Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises der sozialen Pflegeversicherung erfolgte unter wissenschaftlicher Begleitung dieses Prozesses im Wege pflegewissenschaftlicher Studien, die die benötigten Beratungs- und Entscheidungsgrundlagen bereitstellen sollten. Der „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hatte in den Jahren 2006–2009 ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung entwickelt. Zentrale Empfehlung war, einen neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit mit einem entsprechenden, neuen Begutachtungsverfahren zu schaffen. An diese Vorarbeiten des Beirats aus dem Jahre 2009 hat der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in seinen Beratungen ab dem 1. März 2012 inhaltlich angeknüpft und verbliebene offene Fragen, die für die politischen Beratungen bedeutsam waren, geklärt. An diese Vorarbeiten konnte vom Gesetzgeber maßgeblich angeknüpft werden.

Damals war die Arbeit eines solchen Beirates allerdings noch nicht als Kontinuum gedacht, sondern für eine konkrete Reformgesetzgebung vorgesehen worden. Die Bedeutung des Begutachtungsinstrumentes, des zugrunde liegenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Verfahrens der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist für den Zugang zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und die damit verbundenen sozialen aber auch finanziellen Implikationen aber so eminent, dass eine Anpassung an neue gesellschaftliche, medizinische, technische und pflegewissenschaftliche Entwicklungen stetig und möglichst zeitnah zu erfolgen hat. Fehlentwicklungen und den daraus resultierenden finanziellen Auswirkungen soll damit bereits im Entstehen entgegengewirkt werden. Die Entwicklung der Pflegeprävalenzen in den letzten Jahren macht eine evolutive Weiterentwicklung der Definition des leistungsberechtigten Personenkreises sowie des Begutachtungsverfahrens nötig, die wiederum wissenschaftlich fundiert zu erfolgen haben. Auch der Abschlussbericht zur Studie „Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstrumentes“ des IGES-Institutes kommt im April 2026 zu dem Ergebnis, dass es grundsätzlich empfehlenswert sei, das Begutachtungsinstrument in regelmäßigen Zeitabständen einer Evaluation und gegebenenfalls Revision zu unterziehen (S. 85 Abschlussbericht). Leitgedanke soll dabei das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit sein, das die fehlerhafte Allokation von Mitteln der sozialen Pflegeversicherung vermeiden helfen soll. Leistungen sollen dort in Anspruch genommen werden, wo sie auch tatsächlich benötigt werden. Angesichts der Vielzahl von staatlichen Aufgaben und der begrenzten Verfügbarkeit von Ressourcen wird die Zuteilung von Mitteln anhand von abstrakt festgestellten Beeinträchtigungen zunehmend auch mit Blick auf Zielgenauigkeit und Erforderlichkeit im konkreten Fall hinterfragt werden müssen.

Darüber hinaus ist auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff aus pflegefachlicher Sicht kein einmal entwickeltes Konzept mit Anspruch auf universelle, dauerhafte Gültigkeit. Das Verständnis von Pflegebedürftigkeit und damit verbunden die Frage, in welchen Fällen das System der sozialen Pflegeversicherung Leistungen erbringen soll, ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Diese Faktoren, zu denen neben medizinischen, technischen und pflegewissenschaftlichen Entwicklungen auch gesellschaftliche Veränderungen gehören, sind nicht statisch, sondern einem steten Wandel ausgesetzt. Beispielsweise waren Erkrankungen wie Long COVID oder die Zunahme von Hyperkinetischen Störungen (Diagnose F90) bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zum Zeitpunkt der Entwicklung des aktuell geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch nicht absehbar. Vor dem Hintergrund dieses stetigen Wandels muss von Zeit zu Zeit ein neuer gesellschaftlicher Konsens hergestellt werden, was der Begriff der Pflegebedürftigkeit umfassen soll. Zu dieser grundsätzlichen Thematik soll der Beirat dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete Empfehlungen und gesetzliche Umsetzungsvorschläge unterbreiten.

Eine grundsätzlichere Revision der Schwellenwerte sowie der Ausrichtung der Module des Begutachtungsinstrumentes wird daher ebenso Gegenstand der Beratungen des Expertenbeirates sein müssen wie eine Optimierung des Begutachtungsverfahrens, bei dem auch eine stärkere Differenzierung nach unterschiedlichen Versorgungsformen und Fallkonstellationen vorstellbar ist. Auch die Ressourcen, die für das Begutachtungsverfahren eingesetzt werden, sollen anhand der jeweiligen Settings auf ihre Notwendigkeit hin überprüft werden. Hierbei hat der Expertenbeirat unter anderem auch an die Erkenntnisse (Ergebnisse und geeignete Zwischenergebnisse) des Medizinischen Dienstes Bund aus seinem Modellprojekt gemäß § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) anzuknüpfen und diese auf geeignete Weise fortzuentwickeln, sodass sich in Verbindung mit seinen weiteren Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Begutachtungsinstrumentes und -verfahrens eine sinnvolle Gesamtkonzeption ergibt. Insbesondere soll er der Frage nachgehen, inwieweit es sinnvoll und rechtlich zulässig wäre, dem Medizinischen Dienst Bund bei der untergesetzlichen Festlegung der Begutachtungsformate mehr Spielraum zu geben. Auch hierzu und zu der Frage, inwiefern das Begutachtungsinstrument und das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit zukünftig insgesamt stärker untergesetzlich in der Verantwortung des Medizinischen Dienstes Bund geregelt werden könnte, sind dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete Empfehlungen und gesetzliche Umsetzungsvorschläge zu unterbreiten.

Der Beirat soll aus hoch qualifizierten Experten mit herausragenden fachlichen Kenntnissen bestehen. Zu diesem Zweck und wegen seiner besonderen Funktion und Bedeutung für die soziale Pflegeversicherung – auch für die langfristige Wahrung des Gleichgewichts zwischen Einnahmen und Ausgaben – ist er angemessen auszustatten und ist für diesen insbesondere eine Geschäftsstelle zu unterhalten.

Zu Nummer 23 (§ 28)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen, die sich insbesondere ergeben aus der Einführung

- der Pflegebegleitung nach § 7c (Nummer 1),
- des Anspruchs auf bis zu zwei Beratungen nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades nach § 37 Absatz 3 Satz 7 bis zum 31. Dezember 2027 (Nummer 1a),
- des Sachleistungsbudgets nach § 36 (Nummer 2),
- des Entlastungsbudgets nach § 37 (Nummer 3),

- des Überbrückungsbudgets nach § 39 in Verbindung mit den §§ 39a und 42 (Nummer 5) und
- des Sozialraumbudgets nach § 45b (Nummer 17).

Die Änderung in Nummer 7 beruht auf der Neuverortung des bisherigen § 39a in § 40c.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c zum 1. Januar 2028.

Zu Nummer 24 (§ 28a)

Es handelt sich um Folgeänderungen, die sich insbesondere ergeben aus

- der Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c (Nummer 1 und 1a),
- der Einführung des Anspruchs auf bis zu zwei Beratungen nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades nach § 37 Absatz 3 Satz 2 bis zum 31. Dezember 2027 (Nummer 1b),
- der Neuverortung des bisherigen § 39a in § 40c sowie
- dem Wegfall des Entlastungsbetrages nach dem bisherigen § 45b sowie dem Wegfall des Zuschusses bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3 für Neufälle.

Zu Nummer 25 (§ 30)

Die Regelung sieht ab dem Jahr 2028 eine jährliche Anpassung der Höhe der Pflegeleistungen jeweils zum 1. Juli vor. Der Zeitpunkt ist analog zur jährlichen Rentenanpassung gewählt. Als Maßstab für die Anpassung dient das arithmetische Mittel der Kerninflationsraten der jeweils drei vorangegangenen Kalenderjahre. Hierbei wird auf die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Daten zur Kerninflation zurückgegriffen.

Die Wahl der Kerninflationsrate (Verbraucherpreisindex ohne Energie und Nahrungsmittel) stellt sicher, dass die Anpassung auf einer vergleichsweise stabilen Preisentwicklung basiert, die ad hoc weniger stark auf externe (außerhalb der eigenen Volkswirtschaft bedingte) Preisentwicklungen reagiert. Die Verwendung des arithmetischen Mittels über drei Jahre glättet zudem jährlich schwankende Inflationsraten. Dies schützt die Pflegekassen vor sprunghaften Ausgabenanstiegen und bietet den Versicherten gleichzeitig einen verlässlichen Inflationsausgleich über den Zeitverlauf. Die Begrenzung auf die Lohnentwicklung als Obergrenze bleibt darüber hinaus bestehen.

§ 30 sah in seiner bisherigen Fassung neben der bereits erfolgten Erhöhung der Leistungen zum 1. Januar 2025 eine weitere Erhöhung der Leistungen zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum, vor. Dies hätte einen deutlichen Ausgabenanstieg für die Pflegeversicherung in 2028 zur Folge, der bei einem konstanten Beitragssatz von 3,6 Prozent nicht durch entsprechende Einnahmen gedeckt wäre.

Eine weitere Dynamisierung war bis dato nicht vorgesehen, was wiederum die Leistungen der Pflegeversicherung auf Dauer entwerten würde. Die nun eingeführte regelmäßige Dynamisierung sichert die Leistungen der Pflegebedürftigen in adäquatem Maße auf Dauer ab, ohne die finanzielle Stabilität der sozialen Pflegeversicherung zu gefährden.

Zu Nummer 26 (§ 33)

Gemäß den Begutachtungs-Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund ist der Pflegekasse eine befristete Leistungszusage nach § 33 Absatz 1 Sätze 4 bis 8 zu empfehlen, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass sich gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person, zum Beispiel durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen, pflegegradrelevant verringern. Nach Daten des Medizinischen Dienstes Bund werden diese Befristungen jedoch nur in weniger als 0,1 Prozent der Begutachtungen empfohlen.

Durch die Neuregelung ist künftig eine durch den Gutachter oder die Gutachterin im Pflegegutachten argumentativ dargelegte Wahrscheinlichkeit für den individuellen Fall erforderlich. Damit verbunden ist die Erwartung, dass in Fällen, in denen die begründete Wahrscheinlichkeit für die Verbesserung der Fähigkeiten und der Selbstständigkeit besteht, das Mittel der Befristung künftig häufiger als bisher Anwendung findet. Eine große Wahrscheinlichkeit ist nicht mehr erforderlich.

Der Medizinische Dienst Bund hat in seinen Begutachtungsrichtlinien die Voraussetzungen, unter denen eine Befristung zu erfolgen hat, und die denkbaren Konstellationen, in denen eine Befristung nahe liegt, näher zu konkretisieren. Zu denken ist etwa an Konstellationen, bei denen aufgrund eines vergleichsweise jungen Alters der antragstellenden Person, der pflegebegründenden Diagnose oder der Therapiemöglichkeiten nach Erfahrungswerten oder medizinisch plausibel begründbarer Einschätzung mit einer Wiederherstellung von Fähigkeiten gerechnet werden kann. Das kann insbesondere dann der Fall sein, wenn therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen erfolgversprechend sind.

Die Befristung soll künftig verstärkt eingesetzt werden, um das Potential der Wiederherstellung von Fähigkeiten und der Verbesserungen der Selbstständigkeit stärker als bisher im Verfahren der Begutachtung zu berücksichtigen. Dies ist angezeigt, weil seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zum 1. Januar 2017 das Durchschnittsalter der pflegebedürftigen Menschen beständig gesunken und zugleich die Anzahl der Pflegebedürftigen in den Altersgruppen unter 60 Jahren stark angestiegen ist. Die Wahrscheinlichkeit der Verringerung von Beeinträchtigungen muss nachvollziehbar hergeleitet werden, bedarf aber keiner bestimmten statistischen Zielzahlen, da Erfahrungen mit der Verringerung der Pflegebedürftigkeit aufgrund erfolgreicher therapeutischer, rehabilitativer oder präventiver Maßnahmen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in ausreichendem Maß vorliegen. Allerdings soll zugleich das zusätzliche Begutachtungsaufkommen auf die Fälle begrenzt werden, in denen eine Verlaufskontrolle besonders sinnvoll ist. Der MD Bund hat daher in seinen Richtlinien Kriterien dafür zu bestimmen, wann eine Befristung nach den vorstehenden Erwägungen angezeigt ist.

Zu Nummer 27 (§ 34)

Es handelt sich jeweils um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einführung des Entlastungsbudgets.

Zu Nummer 28 (§ 35a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung des Entlastungsbudgets.

Zu Nummer 29 (§ 35b)

Zu § 35b (Abtretung bei Kostenerstattung)

Die neu geschaffene Regelung in § 35b regelt ein niedrighschwelliges formalisiertes Anzeigeverfahren für Kostenerstattungsansprüche. Dadurch soll sichergestellt werden, dass

Pflegebedürftige für den Fall der Abtretung ihrer Ansprüche ihre Entscheidungshoheit über ihre Kostenerstattungsansprüche behalten und sie vor unüberlegten weitreichenden Abtretungen geschützt werden. Andererseits soll die Schaffung einheitlicher Mindestvorgaben die Arbeit der Pflegekassen entlasten, indem die Pflegekassen eindeutig informiert werden, wer in welchem Umfang anspruchsberechtigt ist. Darüber hinaus wird das Verfahren mit Blick auf die Anbieter (als Abtretungsempfänger) Bürokratie abbauen, da die Anbieter den Nachweis ihrer Anspruchsberechtigung nicht bei jeder Abrechnung erneut einreichen müssen, sondern die Abtretung einmalig durch den Pflegebedürftigen angezeigt wird. Durch die Erleichterung des Verfahrens für Anbieter und Pflegekassen ist auch mit einer Beschleunigung der Abwicklung der Abrechnungen zu rechnen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht vor, dass die Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen des Pflegebedürftigen auf Zahlung von Geldleistungen gegen die zuständige Pflegekasse eine Anzeige des Pflegebedürftigen bei der zuständigen Pflegekasse voraussetzt. Bei der Anzeige kann sich der Pflegebedürftige in der Praxis auch eines Boten oder Stellvertreters bedienen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt klar, dass die Anzeige schriftlich oder elektronisch erfolgen kann. Auf diese Weise soll eine elektronische Verfahrensabwicklung umfassend (das heißt auch per einfacher E-Mail) ermöglicht werden; eine (fern)mündliche Anzeige ist hingegen ausgeschlossen. Neben den zum jetzigen Zeitpunkt etablierten elektronischen Verfahren werden durch die technikoffene Formulierung auch zukünftige, derzeit unbekannte elektronische Verfahren eingeschlossen. Auf diese Weise wird eine größtmögliche Verfahrensflexibilität geschaffen. Bei der Ausgestaltung des Verfahrens ist die Nutzerzentriertheit und Niedrigschwelligkeit in besonderer Weise zu beachten. Denkbar ist beispielsweise eine benutzerfreundliche Einbindung in das Pflege-Cockpit.

Zu Absatz 3

Absatz 3 trifft Vorgaben zum notwendigen Inhalt der Anzeige. Demgemäß sind Angaben zu der Person des Pflegebedürftigen, des Abtretungsempfängers sowie die Art und Höhe des abgetretenen Anspruchs erforderlich. Auf diese Weise werden einheitliche Mindestvorgaben geschaffen, die einerseits den Pflegebedürftigen eine bewusste Entscheidung über den Umfang der Abtretung ermöglichen und andererseits die Arbeit der Pflegekassen und der Anbieter vereinfacht indem übersichtlich erfasst und nachgehalten wird, wer in welchem Umfang anspruchsberechtigt ist.

Zu Absatz 4

Absatz 4 sieht eine Anzeigepflicht der Pflegekasse gegenüber den Pflegebedürftigen hinsichtlich der Zahlung an den Abtretungsempfänger, der Höhe der Zahlung und der Höhe des verbleibenden Anspruchs des Pflegebedürftigen vor. Auf diese Weise soll gegenüber den Pflegebedürftigen Transparenz über das ihnen verbleibende Budget geschaffen werden und auf diese Weise die Entscheidungshoheit der Pflegebedürftigen in der Praxis gestärkt werden. Die Anzeige kann elektronisch erfolgen und beispielsweise auch über das Pflege-Cockpit laufen. Die Regelung ist so gestaltet, dass ein automatisierter Vollzug möglich ist, mit der Folge, dass kein relevanter Mehraufwand seitens der Pflegekassen zu erwarten ist.

Zu Nummer 30 (§ 36)

Zu § 36 (Sachleistungsbudget)

Zu Absatz 1

Es wird ein Sachleistungsbudget eingeführt, das an die Stelle des bisherigen Anspruchs auf Pflegesachleistungen tritt. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können das Sachleistungsbudget flexibel für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe einsetzen, die von zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht der Regelung des bisherigen § 36 Absatz 2.

Zu Absatz 3

Die Leistungsbeträge für das neue Sachleistungsbudget werden im Vergleich zu den Beträgen, die bisher für Pflegesachleistungen zur Verfügung standen, ausgabenneutral erhöht. Aus dem Sachleistungsbudget können Pflegebedürftige damit häusliche Pflegehilfe in größerem Umfang als bisher in Anspruch nehmen, beispielsweise in Situationen der geplanten Abwesenheit einer Pflegeperson, in denen bisher Verhinderungspflege nach § 39 gewährt wurde. Dies trägt auch zur Übersichtlichkeit und Transparenz bei der Inanspruchnahme von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe bei.

Zu Absatz 4

Häusliche Pflegehilfe kann bereits heute auch durch ambulante Betreuungseinrichtungen erbracht werden, die Ergänzung ist redaktioneller Natur. Zu den ambulanten Betreuungseinrichtungen zählen gleichermaßen professionelle Angebote zur Unterstützung im Alltag, für die eine versorgungsvertragliche Zulassung nach § 72 als ambulante Betreuungseinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1a besteht und die damit häusliche Pflegehilfe erbringen können (vgl. § 45a Absatz 1 Satz 4 und 5).

Zu Nummer 31 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Einführung des Entlastungsbudgets.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 1

Das Pflegegeld wird ausgabenneutral ersetzt durch ein Entlastungsbudget, dessen Leistungsbeträge höher sind als diejenigen, die bisher für das Pflegegeld zur Verfügung standen. Pflegebedürftige können damit künftig in größerem Umfang als bisher die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung über das Entlastungsbudget selbst sicherstellen. Der höhere Umfang kann insbesondere eingesetzt werden in Situationen der geplanten Abwesenheit einer Pflegeperson, in denen bisher Ersatzpflege nach § 39 gewährt wurde und für die Anschaffung von für die tägliche Pflege erforderlichen zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln. Dies trägt auch zur Übersichtlichkeit und Transparenz und einer höheren Flexibilität bei der Inanspruchnahme von Leistungen bei ambulanter Pflege bei.

Zu Absatz 2

Das Entlastungsbudget beträgt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 nach erstmaliger Feststellung eines Pflegegrades für die Dauer von drei Monaten die Hälfte des Betrages nach Absatz 1. Gerade zu Beginn der Pflegebedürftigkeit besteht in der Regel ein hoher Beratungs- und Begleitungsbedarf, der künftig über die neue Pflegebegleitung nach § 7c beziehungsweise die zusätzlichen Beratungsmöglichkeiten nach § 37 Absatz 3 abgedeckt wird. Dessen Inanspruchnahme rückt an die Stelle des hälftigen Entlastungsbudgets.

Zu Absatz 3

Bis zur vollständigen Einführung der neuen Pflegebegleitung nach § 7c können Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 3 bereits zu Beginn der Pflegebedürftigkeit bis zu zwei Beratungsbesuche abrufen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung des Entlastungsbudgets.

Zu Nummer 32 (§§ 38 bis 39a)

Zu § 38 (Kombination von Entlastungsbudget und Sachleistungsbudget (Kombinationsleistung))

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Sachleistungsbudgets nach § 36 und des Entlastungsbudgets nach § 37. Auch künftig soll es möglich sein, Sach- und Geldleistungen individuell zu kombinieren.

Zu § 39 (Überbrückungsbudget)

§ 39 regelt das neue Überbrückungsbudget. Leistungen der Verhinderungspflege, die bisher in § 39 geregelt waren, können künftig über das Sachleistungsbudget nach § 36, das Entlastungsbudget nach § 37 oder das Sozialraumbudget nach § 45b bezogen werden. Eine gesonderte Abrechnung der Leistungen der Verhinderungspflege ist nicht mehr notwendig. Dies trägt zu einer leichteren Inanspruchnahme der Leistungen bei und erhöht die Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit der jeweils zustehenden Leistungen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht vor, dass das Überbrückungsbudget einerseits für außergewöhnliche Situationen (z. B. gesundheitliche Krisen oder der ungeplante Ausfall der Hauptpflegeperson) einen Betrag zur Verfügung stellen soll, um die Versorgung pflegebedürftiger Personen kurzfristig zu stabilisieren. Andererseits sollen weiterhin auch Mittel für den geplanten Übergangsweisen Überbrückungsbedarf, z. B. im Falle der Urlaubsabwesenheit der Hauptpflegeperson im Rahmen der Kurzzeitpflege bereitgestellt werden. Das Überbrückungsbudget kann innerhalb des Kalenderjahres in Anspruch genommen werden und sieht die Möglichkeit vor, nicht ausgeschöpfte Beträge in das folgende Kalenderjahr zu übertragen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 definiert eine pflegerische Akutsituation.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die über das Überbrückungsbudget abrufbaren Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung. Diese umfassen Leistungen eines Notdienstes in der

ambulanten Pflege in pflegerischen Akutsituationen sowie die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflege nach § 42.

Zu Absatz 4

Absatz 4 sieht eine Informationspflicht des Spitzenverband Bund der Pflegekassen vor. Durch die Information im Internet sollen die Versicherten Kenntnis über die regional verfügbaren Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung und deren Voraussetzungen erhalten. Um die Nutzererfahrung zu optimieren, sollte die Benutzeroberfläche der Website einen Suchfilter mit einer integrierten Postleitzahlfilterfunktion aufweisen. Die Verpflichtung sieht das Benehmen mit den Ländern vor. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass bereits bestehende vergleichbare landesspezifische Lösungen mitgedacht werden.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die Möglichkeit zur übergangsweisen Verwendung des Überbrückungsbudgets für den Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2027 für Leistungen durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflege. Es handelt sich hierbei um eine zeitlich begrenzte Übergangsregelung, da den Pflegebedürftigen die in Absatz 3 aufgeführten Leistungen der notwendigen Ersatzpflege und pflegerische Betreuungsmaßnahmen durch einen Notdienst in der ambulanten Pflege ab dem 1. Januar 2028 zur Verfügung stehen. Gleichmaßen werden Pflegeplätze für Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach Abschluss entsprechender Vereinbarungen zum 1. Januar 2028 Bestandteil der neu zu errichtenden pflegerischen Akutstrukturen sein. Mit der Öffnung des Überbrückungsbudgets für die im Absatz 5 genannten Leistungserbringer erhalten Pflegebedürftige bereits ab dem 1. Januar 2027 die Möglichkeit, zusätzlich zum Entlastungs- und Sachleistungsbudget, in pflegerischen Akutsituationen Hilfen von professionellen Leistungserbringern zulasten der Sozialen Pflegeversicherung beziehen zu können.

Zu § 39a (Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen)

Pflegebedürftige sowie deren An- und Zugehörige sind in Akutsituationen in besonderem Maße auf Unterstützung angewiesen. Um den genannten Gruppen diese notwendige Unterstützung möglichst schnell und unbürokratisch zukommen zu lassen, erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2028 einen Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen. Ziel der Leistung ist es, dass die Pflege der pflegebedürftigen Person auch bei einem Akutereignis in der eigenen Häuslichkeit vorübergehend sichergestellt wird. Im System der sozialen Pflegeversicherung bilden die Pflegesachleistungen in Akutsituationen als Bestandteil der pflegerischen Überbrückungsversorgung ein Auffangnetz, welche Pflegebedürftige ohne anderweitige Unterstützung in einer Krisensituation kurzfristig Hilfen bieten soll. Gerade für unvorhersehbaren pflegerischen Unterstützungsbedarf in pflegerischen Akut- und Notfallsituationen und in Fällen eines kurzfristigen Ausfalls der Hauptpflegeperson sind bei häuslich versorgten Pflegebedürftigen entsprechende Angebote aufsuchender Dienste tagsüber, aber auch in der Nacht und am Wochenende zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation erforderlich, auch um Fehlversorgungen und unnötige Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Hierzu soll über das Angebot eines Notdienstes in der ambulanten Pflege eine kurzfristig auftretende Versorgungslücke bei der Pflege effektiv geschlossen werden, wodurch die ambulante Pflege weiter strukturell gestärkt wird. Ferner soll die Pflegebegleitung nach § 7c in länger andauernden Akutsituationen eine zentrale Rolle bei der Beratung und Unterstützung der pflegebedürftigen Person sowie deren An- und Zugehörigen einnehmen. Das Nähere hierzu wird durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien beschlossen.

Zu Absatz 1

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, welche in häuslicher Umgebung gepflegt werden, erhalten ab dem 1. Januar 2028 einen Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen, wenn die Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass bei der pflegebedürftigen Person ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf (§ 39 Absatz 2) in der häuslichen Pflege oder Betreuung besteht. Dieser Unterstützungsbedarf kann beispielsweise aus einer akut vorliegenden oder drohenden Überforderung der Pflegeperson resultieren. Gleichermaßen kann der ungeplante Ausfall der Pflegeperson einen solchen Unterstützungsbedarf begründen, wenn aus dessen Folge ein gesundheitlicher Schaden bei der pflegebedürftigen Person oder eine Krankenhauseinweisung zu befürchten ist.

Pflegesachleistungen in Akutsituationen werden aufgrund der sich aus der Situation ergebenden Handlungsdringlichkeit schnell und unbürokratisch durch professionelle Dienstleister erbracht, welche einen entsprechenden Auftrag zur Übernahme der Akutversorgung in der jeweiligen Region mit den Landesverbänden der Pflegekassen vertraglich erhalten haben. Anders als bei der Erbringung von klassischen Pflegesachleistungen durch zugelassene Pflege- oder Betreuungsdienste, bedarf es bei der Erbringung von Pflegesachleistungen in Akutsituationen keines Abschlusses eines Pflegevertrages nach § 120 SGB XI. Da die am Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI beteiligten Vertragspartner zunächst über Verhandlungen flächendeckend Angebotsstrukturen der pflegerischen Akutversorgung etablieren müssen, besteht der Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen ab dem 1. Januar 2028.

Zu Absatz 2

Pflegesachleistungen in Akutsituationen umfassen sowohl die körperbezogenen Pflegemaßnahmen als auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Die im Rahmen der Akutversorgung durch die Leistungserbringer durchzuführenden Tätigkeiten werden somit auf die Bewältigung von Alltagsherausforderungen pflegebedürftiger Personen fokussiert, welche für eine kurzfristige Stabilisierung der Pflegesituation notwendig sind. Fällt beispielsweise die Pflegeperson kurzfristig ungeplant aus, so kann der Pflegenotdienst im Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen der pflegebedürftigen Person beispielsweise beim Verlassen und Aufsuchen des Bettes, beim An- und Auskleiden oder bei der Nahrungsaufnahme helfen. Des Weiteren sind insbesondere demenziell erkrankte Pflegebedürftige auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen angewiesen, damit ein Ortswechsel mit den damit häufig einhergehenden negativen Folgen bei den Betroffenen vermieden werden kann.

Zu Absatz 3

Ziel der Leistung ist es, dass die Pflege der pflegebedürftigen Person auch bei einem Akuteignis in der eigenen Häuslichkeit vorübergehend sichergestellt wird. Der Bezug von Pflegesachleistung in Akutsituationen ist deshalb in der Regel auf die Dauer des Vorliegens der Akutsituationen beschränkt. Die Pflegesachleistungen in Akutsituationen nehmen entsprechend eine Überbrückungsfunktion ein, mithilfe derer die pflegebedürftige Person und die An- und Zugehörigen ausreichend Zeit erhalten, um die Sicherstellung der Versorgung über die Verwendung des Entlastungsbudgets bzw. des Sachleistungsbudgets nach den §§ 36, 37 SGB XI neu zu organisieren. Dauert die Inanspruchnahme der Leistung länger als drei Kalendertage an, so unterstützt die Pflegebegleitung nach § 7c in Wohnortnähe die pflegebedürftige Person sowie deren An- und Zugehörige bei der weiteren Organisation der häuslichen Pflege. In den Fällen, in denen eine Akutsituation bei der Pflege am Wochenende oder während der Feiertage auftritt, erhalten die pflegebedürftige Person und die An- und Zugehörigen aufgrund der gewählten dreitägigen Frist somit die Möglichkeit, die Neuorganisation der Pflegesituation auch ohne Pflegebegleitung nach § 7c vorzunehmen. Diese Regelung trägt insbesondere zu einer ressourcenschonenden Einbeziehung Pflegebegleitung nach § 7c bei.

Vor dem Hintergrund der Funktion der Pflegesachleistungen in Akutsituationen als ergänzendes Auffanginstrument im Rahmen der Überbrückungsleistungen für den Fall, dass die bestehenden Regelleistungen (Sachleistungs- und Entlastungsbudget) zur Sicherstellung der häuslichen Pflege in Akutsituationen nicht ausreichen, wird deren Inanspruchnahme nicht nur der Dauer nach, sondern auch der Höhe nach begrenzt. Die pflegebedingten Aufwendungen pro Kalenderjahr werden aufgrund dessen bis zu einem Betrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 übernommen. Die Begrenzung von Leistungsumfang und Bezugsdauer soll dafür Sorge tragen, dass die Leistung ausschließlich zur Abdeckung akuter pflegerischer Versorgungslücken eingesetzt wird und nicht dauerhaft zur Substitution des Sachleistungsbudgets herangezogen wird.

Zu Absatz 4

Ab dem vierten Kalendertag der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in Akutsituationen ist gemäß Absatz 3 zum Zweck der Sicherstellung der häuslichen Pflege eine Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c über die weitere Akutversorgung erforderlich. Da die Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c ab dem genannten Zeitpunkt erforderlich ist, stellt sie eine mit dem längeren Leistungsbezug verknüpfte Anspruchsvoraussetzung dar und ist der zuständigen Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen spätestens im Zuge der Leistungsabrechnung zu übermitteln. Über das Nähere zum Inhalt der Einschätzung und deren standardisierten Dokumentation, einschließlich deren Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung an die zuständige Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. bis zum 30. Juni 2027 Richtlinien.

Die Richtlinien unterliegen der Genehmigungspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Dieses Vorgehen entspricht der gängigen Systematik und Praxis im Rahmen des Erlasses von Richtlinien im Elften Buch. Die Genehmigung gilt nach Ablauf von zwei Monaten nach Vorlage der Richtlinien beim Bundesministerium für Gesundheit als erteilt, wenn bis dahin keine Beanstandung von dort erfolgt ist. Sollten Beanstandungen vorgenommen werden, sind diese durch eine Überarbeitung der Richtlinien durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beheben. Dabei sind die mit der Beanstandung gesetzten Fristen zu beachten.

Zu Nummer 33 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wie Desinfektionsmittel oder Mund-Nasenschutz sind niedrigschwellig auf dem allgemeinen Markt verfügbar. Sie können daher künftig individuell über das Entlastungsbudget bezogen werden. Aufwändige, in hohem Maße bürokratische Regelungen zum Bezug von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln als Sachleistung sind deshalb nicht erforderlich. Dies dient der Bürokratieentlastung bei Pflegekassen und Pflegebedürftigen. Die bisherigen Leistungsausgaben werden ausgabenneutral in das Sachleistungsbudget nach § 36 und das Entlastungsbudget nach § 37 integriert.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Absatz 1.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Absatz 1.

Zu Nummer 34 (§ 40b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegeleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

Zu Nummer 35 (§ 40c)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegeleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

Zu Nummer 36 (§ 41 Absatz 3)

Bei der Tages- und Nachtpflege handelt es sich um einen kumulativen Anspruch des Pflegebedürftigen. Die Inanspruchnahme dieser Leistung erfolgt demnach ohne Anrechnung auf das Sachleistungsbudget, das Entlastungsbudget, der Kombinationsleistung nach § 38 oder das Überbrückungsbudget nach § 39.

Zu Nummer 37 (§ 42)

Zu § 42 (Kurzzeitpflege)

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege wird in Folge der Einführung des neuen Überbrückungsbudgets (§ 39) neu gefasst. Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 steht damit künftig sowohl in geplanten als auch in ungeplanten Überbrückungssituationen, insbesondere in pflegerischen Akutsituationen ein Anspruch auf Kurzzeitpflege zur Verfügung, soweit die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht.

Zu Absatz 1

Neben der bisherigen Übernahme der Übergangspflege im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung des Pflegebedürftigen als auch der geplanten Kurzzeitpflege (zum Beispiel bei einem Erholungsurlaub der Hauptpflegeperson) soll auch in unvorhersehbaren, ungeplanten Überbrückungssituation, insbesondere in pflegerischen Akutsituationen künftig ein Anspruch auf Kurzzeitpflege bestehen, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht der bisherigen Regelung zur Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 a. F. Infolge der Einführung eines Überbrückungsbudgets (§ 39) ist die Übernahme von Aufwendung der Kurzzeitpflege der Pflegekasse pro Kalenderjahr auf die in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 begrenzt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht der bisherigen Regelung zur Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 3 a. F.

Zu Absatz 4

In pflegerischen Akutsituationen besteht ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Dies setzt voraus, dass ein Anspruch auf pflegerische Überbrückungsversorgung nach § 39 Absatz 3 insoweit besteht, dass das Überbrückungsbudget nach § 39 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft ist und eine stationäre Versorgung aus pflegfachlicher Sicht erforderlich ist. Die Einschätzung über die Erforderlichkeit und die voraussichtliche Dauer einer stationären Versorgung trifft die, in pflegerischen Akutsituationen einzubindende, Pflegebegleitung nach § 7c. Da die am Versor-

gungsvertrag beteiligten Vertragspartner zunächst flächendeckende Vorhalteplätze in pflegerischen Akutsituationen vereinbaren müssen, besteht der Anspruch auf Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Januar 2028.

Zu Nummer 38 (Streichung § 42a)

Die Regelungen zum Gemeinsamen Jahresbetrag sind nicht mehr erforderlich und werden gestrichen. Kurzzeitpflege und Teile der bisherigen Verhinderungspflege können künftig im Rahmen des Überbrückungsbudgets nach § 39 in Anspruch genommen werden. Auch das Sachleistungsbudget und das Entlastungsbudget stehen für Leistungen, die bisher im Rahmen der Verhinderungspflege gewährt wurden, zur Verfügung. Die bisherigen Leistungsausgaben für den Gemeinsamen Jahresbetrag werden ausgabenneutral in das Sachleistungsbudget, das Entlastungsbudget und das Überbrückungsbudget übertragen.

Zu Nummer 39 (§ 43)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der präventionsorientierten Fokussierung der Leistungen bei Pflegegrad 1. Bestandsfälle erhalten Besitzstandsschutz gemäß § 144 Absatz 7.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 40 (§ 43a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung des Entlastungsbudgets.

Zu Nummer 41 (§ 43c)

Die bisherigen Monatswerte werden um jeweils sechs Monate erhöht, um die Ausgabendynamik der Pflegeversicherung zu dämpfen.

Satz 1 legt fest, dass bis zum einschließlich 18. Monat in vollstationärer Pflege ein Leistungszuschlag von 15 Prozent gewährt wird.

Satz 2 setzt den Leistungszuschlag nach 18 Monaten auf 30 Prozent fest.

Satz 3 setzt den Leistungszuschlag nach 36 Monaten auf 50 Prozent fest.

Satz 4 setzt den Leistungszuschlag nach 54 Monaten auf den Höchstsatz von 75 Prozent fest.

Mit den relativen Bezugsgrößen der Leistungszuschläge zu den absoluten Beträgen der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden Personen nach einem mehrjährigen Bezug von Leistungen vollstationärer Pflege finanziell besser gestellt als dies bei absoluten Beträgen zur Deckelung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile wäre. Zudem werden durch diesen Ansatz regionale Disparitäten bei den Lohn- und Sachkosten spezifisch berücksichtigt.

Zu Nummer 42 (§ 44)

Am 1. Januar 2017 ist das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Fle-

xirentengesetz) in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz sollte das flexible Arbeiten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze gefördert sowie das Weiterarbeiten über diese Grenze hinaus attraktiver gemacht werden. Neben diesen den Arbeitsmarkt adressierenden Zielrichtungen haben sich durch die vorgenommenen Anpassungen im Rentenversicherungsrecht auch für nicht einer Beschäftigung nachgehende, eine Altersrente beziehende Pflegepersonen im Sinne des Elften Buches zusätzliche unbeabsichtigte Gestaltungsmöglichkeiten ergeben. So können diese Pflegepersonen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben, durch einen prozentual frei wählbaren Verzicht auf ihre Rente eine sogenannte Wunschteilrente und in der Folge (wieder) volle Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegeversicherung bis zum Ende ihrer Pflegetätigkeit erhalten. Nach einem Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 14. September 2021 (Az.: L 6 R 199/19) ist auch eine 99,99%-Wunschteilrente möglich. In der Folge werden daher von der Pflegeversicherung volle Beiträge zur Rentenversicherung für die Pflegeperson auch bei einem nur geringen Verzicht von 0,01 Prozent der Vollrente bis zum Ende der Pflegetätigkeit gezahlt.

Im Jahr 2024 haben gut 39.000 Rentner die Teilrente nach dem Flexirentengesetz in Anspruch genommen, was zu Ausgaben für die Pflegeversicherung von rund 153 Millionen Euro geführt hatte. Dies entspricht rechnerisch etwa 3,7 Prozent der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung für Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegepersonen. Von einer weiteren Steigerung der Ausgaben ist auszugehen, da die Pflegepersonen zunehmend zu dieser Möglichkeit beraten werden.

Die Regelungen zur Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen sowie zum Anspruch gegenüber der Pflegeversicherung auf Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen zielten bei Einführung der Pflegeversicherung darauf ab, die Pflegepersonen zu unterstützen, die wegen der Pflegetätigkeit auf eine Berufsausübung verzichten, diese in erheblichem Umfang reduzieren oder eine geplante Erwerbstätigkeit nicht oder nicht in vollem Umfang aufnehmen können. Diese Personen haben zunächst einen Verdienstausschlag wegen der Pflege und erleiden durch die Aufgabe oder Reduzierung der Erwerbstätigkeit auch später noch Nachteile in ihrer Alterssicherung, die durch die Beitragszahlungen zur Rentenversicherung ausgeglichen oder zumindest abgemildert werden sollen.

Bei Personen, die bereits eine Rente wegen Alters beziehen, ist dies typischerweise nicht der Fall. Sie haben meist keinen Verdienstausschlag durch die Pflegetätigkeit und erhalten ihre Rente während ihrer Pflegetätigkeit im vollen Umfang ebenso wie Rentenbeziehende, die keine Pflegetätigkeit ausüben. Insbesondere Rentnerinnen und Rentner, die die Regelaltersgrenze überschritten haben, haben in der Regel ihre Erwerbsbiografien abgeschlossen. Sie haben durch die Übernahme der Pflegetätigkeit keine Nachteile in ihrer Alterssicherung (mehr). Daher sind sie nicht im selben Maße schutzbedürftig wie Pflegepersonen im Erwerbsalter. Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegeversicherung konnten und können daher ohne Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot auf die Pflegepersonen konzentriert werden, die noch nicht die Regelaltersgrenze erreicht haben.

Mit dem neuen Satz 2 wird nunmehr klargestellt, dass Beiträge zur Rentenversicherung für die Pflegepersonen künftig längstens bis zum Bezug einer Rente wegen Alters und dem Erreichen der Regelaltersgrenze von der Pflegeversicherung gezahlt werden.

Zu Nummer 43 (§ 45)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der neuen Pflegebegleitung nach § 7c. Schulungen in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen sind künftig nicht mehr Bestandteil der Pflegekurse nach § 45, sondern nun auch Aufgabe der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 2 Satz 1 Nummer 3.

Zu Nummer 44 (§§ 45a und 45b)

Zu § 45a (Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung)

Zu Absatz 1

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag werden neu geordnet, ausgebaut und entbürokratisiert. Die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach Landesrecht bleibt grundsätzlich bestehen – mit Ausnahme der Angebote der Nachbarschaftshilfe. Diese werden künftig nach Absatz 4 durch die Pflegekassen anerkannt. Für professionelle Angebote wird klargestellt, dass für sie die Möglichkeit einer versorgungsvertraglichen Zulassung nach § 72 als ambulante Betreuungseinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1a besteht, soweit sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt. Mit der Zulassung können Leistungen aus dem Sachleistungsbudget bezogen werden. Sofern eine Zulassung nach § 72 besteht, ist eine Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach Landesrecht oder als Nachbarschaftshilfe ausgeschlossen. Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass ein Angebot zur Unterstützung im Alltag nicht kumulativ im Sinne der Absätze 3 und 4 anerkannt und als Betreuungsdienst nach § 72 zugelassen sein kann.

Zu Absatz 2

Der Satz 1 wird um die Klarstellung ergänzt, dass die aufgeführten Inhalte des Absatzes 2 für die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag gelten. Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung aufgrund der gesonderten Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen nach Absatz 4. Für professionelle Angebote zur Unterstützung im Alltag mit einer Zulassung nach § 72 als ambulante Betreuungseinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1a gelten unterdessen die versorgungsvertraglichen Anforderungen.

Zu Absatz 3

Die landesrechtliche Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag soll künftig bundeseinheitlicher erfolgen. Deshalb werden im Gesetz bestimmte Kriterien für die Verordnung nach Landesrecht vorgegeben. Dabei kann eine Anerkennung nach Landesrecht nicht erfolgen, wenn der Anbieter eine Zulassung nach § 72 besitzt oder wenn eine Anerkennung als Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen besteht.

Zu Absatz 4

Nachbarschaftshelfende werden künftig durch die Pflegekassen anerkannt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, bis zum 1. Januar 2028 in Richtlinien das Nähere hierzu zu regeln. Die Verfahren sollen dabei bürokratiearm ausgestaltet werden und weitgehend auf digitale Lösungen zurückgreifen. Ferner wird klargestellt, dass bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinien die Anerkennung nach § 45a Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung durch die zuständige Landesbehörde erfolgt.

Zu Absatz 5

Professionelle Angebote zur Unterstützung im Alltag können eine versorgungsvertragliche Zulassung durch die Pflegekasse als ambulante Betreuungseinrichtung gemäß § 71 Absatz 1a erhalten und damit Leistungen im Rahmen des Sachleistungsbudgets nach § 36 erbringen. Der Leistungsbetrag für sonstige Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie für Nachbarschaftshilfe wird überdies angehoben. Aufgrund dieser strikten Trennung zwischen niedrigschwelligen Angeboten zur Unterstützung im Alltag mit Anerkennung nach Landesrecht gemäß Absatz 3 oder Anerkennung durch die Pflegekassen gemäß Absatz 4 einerseits und den professionellen Angeboten zur Unterstützung im Alltag mit einer versorgungsvertraglichen Zulassung als ambulante Betreuungseinrichtung nach § 71 Absatz 1a ander-

rerseits ist ein gesonderter Umwandlungsanspruch, mit dem Angebote zur Unterstützung im Alltag zusätzlich als Sachleistung bezogen werden können, daher nicht mehr erforderlich und wird gestrichen. Hierbei wird ferner der Grundsatz berücksichtigt, dass das Sachleistungsbudget nach § 36 SGB XI ausschließlich von professionellen Dienstleistern abgerufen werden kann, während das Sozialraumbudget nach § 45b SGB XI ausschließlich der Inanspruchnahme niedrigschwelliger Angebote dient. Durch die Abschaffung des Umwandlungsanspruchs wird darüber hinaus die Abrechnung der Leistungen bei den Pflegekassen entbürokratisiert.

Die Richtlinien nach Absatz 4 sind zu evaluieren. Dabei ist insbesondere der Frage nachzugehen, inwieweit die Angebote zur Unterstützung im Alltag zum Verbleib in der eignen Häuslichkeit beitragen. Kriterien wie die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sind zu berücksichtigen. Für die Evaluierung sollen insgesamt fünf Jahre nach Erlass der Richtlinie nach Absatz 4 zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Evaluierung ist dem BMG ein Bericht über deren Ergebnisse vorzulegen.

Zu § 45b (Sozialraumbudget)

Zu Absatz 1

Der bisherige Entlastungsbetrag wird durch ein Sozialraumbudget ersetzt. Damit werden die Angebote zur Unterstützung im Alltag massiv aufgewertet und ausgebaut. Der monatlich zur Verfügung stehende Leistungsbetrag wird von 131 Euro auf 175 Euro monatlich angehoben. Der Betrag erhöht sich für Pflegebedürftige, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, noch weiter auf 300 Euro monatlich. Diese Gruppe der Pflegebedürftigen wird typischerweise von ihren Eltern gepflegt, die besonders stark belastet sind. Gleichzeitig kann das Sozialraumbudget ausschließlich für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden, wohingegen der bisherige Entlastungsbetrag flexibel für eine größere Bandbreite von Leistungserbringern eingesetzt werden konnte (bspw. ambulante Pflegedienste oder Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege). Die Erhöhung der Leistungsbeträge erfolgt daher ausgabenneutral. Professionelle Angebote der Unterstützung im Alltag, die eine versorgungsvertragliche Zulassung als ambulante Betreuungseinrichtung nach § 71 Absatz 1a erhalten, werden künftig über das Sachleistungsbudget abgerechnet und nicht über das Sozialraumbudget. Das Sozialraumbudget steht der pflegebedürftigen Person monatlich zur Verfügung, damit durch die monatliche Inanspruchnahme niedrigschwelliger Unterstützungsangebote pflegende Angehörige in ihrer Eigenschaft als Pflegenden kontinuierlich entlastet werden sowie um die Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftigen Person bei der Gestaltung ihres Alltags fortwährend zu fördern. Die Verwendung des Budgets soll somit einer regelmäßigen und fortlaufenden Betreuung und Entlastung dienen, weshalb eine Ansparmöglichkeit nicht weiter erforderlich ist.

Das Sozialraumbudget kann von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in Anspruch genommen werden. Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 steht künftig die intensive Beratung und Unterstützung der Pflegebegleitung nach § 7c zur Verfügung. Damit sollen die Leistungen des Pflegegrades 1 präventiver ausgestaltet werden. Bis zur vollständigen Etablierung der neuen Pflegebegleitung nach § 7c können Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 bereits nach erstmaligem Erhalt des Pflegegrades eine Beratung nach § 37 Absatz 3 abrufen.

Zu Absatz 2

Bei den Änderungen in den Sätzen 1 und 2 handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Regelungen in Absatz 1. Da das Sozialraumbudget ausschließlich für niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung im Alltag mit einer Anerkennung nach Landesrecht gemäß § 45a Absatz 3 oder mit einer Anerkennung durch die Pflegekassen gemäß § 45a Absatz 4 verwendet werden kann, wird der bisherige Satz 3 gestrichen. Dieser sah vor, dass für Zwecke der statistischen Erfassung bei den Pflegekassen und den privaten

Versicherungsunternehmen auf den Belegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben sein musste, im Zusammenhang mit welcher Leistung die Aufwendungen jeweils entstanden waren. Diese Regelung trug dem Umstand Rechnung, dass der Entlastungsbetrag für die Erstattung von Aufwendungen genutzt werden konnte, welche mit verschiedenen Leistungen im Zusammenhang standen. Diese Notwendigkeit ist mit der neuen Regelung im Absatz 1 nicht weiter gegeben. Darüber hinaus werden durch die Streichung des Satzes 3 Vorgaben für die einzureichenden Belege reduziert und folglich Bürokratie abgebaut.

Zu Absatz 3

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Regelungen in Absatz 1.

Zu Absatz 4

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Regelungen in Absatz 1. Durch die Neustrukturierung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a erfolgt im Satz 2 die Ergänzung, dass sich die Begrenzung der Vergütung nicht ausschließlich auf die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a Absatz 3 beschränkt, sondern gleichermaßen für die Nachbarschaftshilfe gemäß § 45a Absatz 4 gilt.

Zu Nummer 45 (§ 45c)

Zu Buchstabe a und zu Buchstabe b

In Folge der Einführung eines Sozialraumbudgets werden die Mittel zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte sowie zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen nach Absatz 1 im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds ausgabenneutral auf 125 Millionen Euro je Kalenderjahr angehoben. Daraus ergibt sich ein Gesamtfördervolumen von bis zu 250 Millionen Euro je Kalenderjahr.

Zu Nummer 46 (§ 45h)

Es handelt sich zum einen um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einführung des Sachleistungsbudgets nach § 36 und des Entlastungsbudgets nach § 37. Zum anderen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einführung der neuen Pflegebegleitung in § 7c, der Verschiebung des bisherigen § 39a in einen neuen § 40c, der Streichung der eigenständigen Leistung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sowie der Einführung der Leistung des Überbrückungsbudgets nach § 39.

Zu Nummer 47 (§ 46)

Die Verwaltungskostenerstattung wird von 3,0 Prozent des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 2,7 Prozent dieses Werts angepasst. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale, die von den Pflegekassen an die Krankenkassen gezahlt wird, steigt regelmäßig mit dem Anstieg der Leistungsausgaben bzw. Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung. Sie ist angesichts des dynamischen Anstiegs beider Parameter allein zwischen 2022 und 2025 um etwa 20 Prozent angewachsen. Der tatsächliche Verwaltungskostenaufwand bei den Pflegekassen ist keineswegs im selben Umfang angestiegen. Die vorgeschlagene Absenkung des Bemessungssatzes führt nicht zu Kürzungen, sondern reduziert nur den weiteren Anstieg auf den notwendigen Umfang.

Aufgrund der Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c ist Absatz 3 Satz 1 entsprechend anzupassen. Die Anpassung orientiert sich an der bisherigen Höhe des Erstattungsbetrags für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Das entspricht 7 Prozent der Ausgaben für die Pflegebegleitung nach § 7c.

Zu Nummer 48 (§ 55)

Zu Buchstabe a

Der derzeit bereits geltende Beitragssatz von 3,6 Prozent wird zur Rechtsklarheit auch wieder in § 55 Absatz 1 wiedergegeben.

Zu Buchstabe b

Die soziale Pflegeversicherung sieht sich mit erheblichen Finanzierungsbedarfen konfrontiert. Durch die Alterung der Gesellschaft steigen die Zahl der Pflegebedürftigen und somit die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung massiv an. Die entsprechenden Kosten können angesichts ihres Umfangs allerdings nicht alleine auf der Ausgabenseite gedeckt werden. Angesichts dessen ist es für eine nachhaltige Finanzierung und zur finanziellen Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung erforderlich, die Beitragsbemessungsgrenze der sozialen Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2027 auf das Niveau der Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung anzuheben. Sie entspricht damit als eigenständige Beitragsbemessungsgrenze künftig der Höhe der jährlich anzupassenden Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 des Fünften Buches.

Bisher zahlen Mitglieder mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze auf den darüberliegenden Teil ihres Einkommens keine Pflegeversicherungsbeiträge. Dies führt dazu, dass sie in Bezug auf ihr Gesamteinkommen einen niedrigeren Prozentsatz aufwenden als Mitglieder mit geringeren Einkommen, deren Gesamteinkommen voll verarbeitet wird. Aufgrund der enormen Herausforderungen, mit denen sich die soziale Pflegeversicherung konfrontiert sieht, ist es gerechtfertigt, dass einkommensstärkere Mitglieder durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze künftig stärker an der Finanzierung beteiligt werden.

Zu Buchstabe c

Der Beitragszuschlag, den Versicherungsmitglieder ohne Kinder gemäß § 55 Absatz 3 Satz 1 zahlen, wird von bisher 0,6 auf 0,7 Beitragssatzpunkte erhöht.

Zu Nummer 49 (§ 59b)

Die gesetzliche Neuregelung sieht vor, dass bei geringfügig entlohnten Beschäftigten sowie Beschäftigten in Privathaushalten künftig auch in der sozialen Pflegeversicherung Beiträge durch den Arbeitgeber zu leisten sind. Die Regelung folgt damit den beitragsrechtlichen Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, die nach § 249b des Fünften Buches eine Beitragspflicht in den vorgenannten Beschäftigungen vorsieht.

Zu Nummer 50 (§ 61a)

Zu Buchstabe a

Die Aussetzung der Zahlungen nach § 61a Absatz 1 Satz 1 in den Jahren 2024 bis 2027 wird bis Ende 2028 verlängert. Im Jahr 2029 erfolgt die Beteiligung des Bundes gemäß § 61a in Höhe von 500 Millionen Euro. Ab dem Jahr 2030 wird sie wieder in Höhe von 1 Milliarde Euro jährlich aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Zur Stabilisierung der Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung in den Jahren 2028 bis 2033 werden für die in den Regelungen bezeichneten Darlehen des Bundes an den Ausgleichsfonds abweichende Rückzahlungstermine festgelegt.

Zu Nummer 51 (§ 61b)

Zu § 61b (Liquiditätshilfe)

Zu Absatz 1

Absatz 1 begründet die Verpflichtung des Bundes, dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung bei Bedarf ein zinsloses Liquiditätsdarlehen zu gewähren. Ein solcher Bedarf tritt ein, wenn der vorhandene Mittelbestand (insbesondere bestehend aus Betriebsmitteln und Rücklagen gemäß §§ 63, 64) absehbar nicht mehr ausreicht, um die gesetzlichen Zahlungspflichten – dies betrifft auch insbesondere den monatlichen Ausgleich nach § 67 – zu erfüllen.

Die Zinsfreiheit des Darlehens ist geboten, um die soziale Pflegeversicherung durch Zinszahlungen nicht zusätzlich zu belasten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Modalitäten der Rückzahlung. Das Darlehen ist ausschließlich als Liquiditätshilfe konzipiert. Die Mittel sind an den Bundeshaushalt zurückzuführen, sobald sie als Liquiditätshilfe innerhalb des betreffenden Kalenderjahres nicht mehr benötigt werden. Um eine zeitnahe Rückführung sicherzustellen, wird eine Rückzahlungsfrist spätestens bis zum 31. Dezember des Folgejahres festgeschrieben. Dies stellt auch den Ausnahmecharakter der Bundeshilfe klar.

Zu Nummer 52 (§ 63 Absatz 2)

Die Änderung dient der Präzisierung und Vereinheitlichung der Liquiditätserhaltung. Dabei wird der Umfang des Betriebsmittelsolls gesetzlich definiert.

Durch die Festlegung auf das Einfache der monatlichen Aufwendungen (basierend auf dem Haushaltsplan der Pflegekasse) wird eine einheitliche und transparente Liquiditätsbasis geschaffen. Dies verhindert eine übermäßige Kapitalbindung auf Ebene der Einzelkassen und stellt sicher, dass liquide Mittel effizient im System – insbesondere im Ausgleichsfonds – verfügbar bleiben, ohne die laufende Zahlungsfähigkeit der Pflegekassen zu gefährden.

Zu Nummer 53 (§ 64 Absatz 2)

Im Kontext der Legaldefinition des Betriebsmittelsolls und dem Auffüllen der Betriebsmittel ist ein Absenken des Rücklagesolls sachgerecht. Die freiwerdenden Mittel werden zum Auffüllen der Betriebsmittel auf das gesetzliche Betriebsmittelsoll eingesetzt. Darüber hinaus freiwerdende Mittel fließen dem Ausgleichsfonds zu.

Zu Nummer 54 (§ 65 Absatz 6)

Die Neuregelung schafft eine Rechtsgrundlage für finanzielle Belastungssituationen des Ausgleichsfonds.

Satz 1 ermächtigt das Bundesamt für Soziale Sicherung, bei Liquiditätsengpässen im Ausgleichsfonds Mittel der Pflegekassen heranzuziehen. Dabei ist ein strenger Maßstab der Solidarität anzulegen: Fehlbestände und Defizitlasten sind gleichmäßig auf alle Pflegekassen zu verteilen, um Wettbewerbsverzerrungen oder die Überlastung einzelner Kassen zu vermeiden.

Satz 2 ermöglicht dem Bundesamt für Soziale Sicherung, im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Ausga-

bedeckungsquote des Betriebsmittelsolls temporär absenken. Dies ermöglicht es, Kapital der Pflegekassen kurzfristig für die Liquidität des Ausgleichsfonds zu mobilisieren.

Satz 3 begrenzt diesen Eingriff nach unten, um die operative Handlungsfähigkeit der Kassen zu schützen. Die Absenkung darf maximal zwei Zehntel des Betriebsmittelsolls betragen. Damit wird sichergestellt, dass jede Pflegekasse ihre laufenden Leistungsverpflichtungen weiterhin erfüllen kann.

Satz 4 wird dem Umstand gerecht, dass die Betriebsmittel sukzessive aufgefüllt werden müssen, um die Handlungsfähigkeit der Pflegekassen sicherzustellen. Die gleichmäßige Verteilung des Aufbaus über mehrere Jahre stellt sicher, dass die Liquidität des Ausgleichsfonds nicht gefährdet wird. Ab dem Jahr 2030 beträgt die Untergrenze der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls das 0,8-Fache einer Monatsausgabe. In Summe mit dem betragsmäßig neu definierten Rücklagesoll in Höhe von 0,2 Monatsausgaben steht den Pflegekassen somit als Minimum eine Monatsausgabe an Mitteln im Monatsdurchschnitt zur Verfügung.

Zu Nummer 55 (§ 69)

Zu Buchstabe a

In Folge der Einführung der über das Überbrückungsbudget abrufbaren Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung nach § 39, wird der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen entsprechend ergänzt. Nach dem neuen Absatz 1a schließen die Pflegekassen zur Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung in pflegerischen Akutsituationen im Sinne von § 39 ergänzende Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten zur Erbringung des Notdienstes in der ambulanten Pflege nach § 39a und mit zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Erbringung der Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4.

Zu Buchstabe b

Im neuen § 7c Absatz 5 ist festgelegt, dass die Pflegebegleitperson die Pflegekasse informiert, sofern die Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens sichergestellt werden kann. Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags hat die Pflegekasse dann die nötigen Schritte einzuleiten. Daher wird mit der vorliegenden Änderung entsprechend auch in § 69 darauf verwiesen, dass die Pflegekasse bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 auch auf die Erkenntnisse der Pflegebegleitung zurückzugreifen hat.

Zu Nummer 56 (§ 72)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung in Satz 1 stellt klar, dass bei Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen auch ein Anspruch auf Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags besteht. Dies ist ein weiterer Beitrag zur Stärkung der Gestaltungsspielräume für die zugelassenen Leistungserbringer, und soll zugleich den weiteren Ausbau von Angeboten der teil- und vollstationären Pflege einschließlich der Kurzzeitpflege unterstützen.

Zu Buchstabe b

Mit Einführung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung war das Ziel einer deutlichen Verbesserung der Entlohnung in der Langzeitpflege verbunden. In den vergangenen Jahren sind die Löhne in Krankenhaus- und Langzeitpflege deutlich stärker gestiegen als der Pflegemindestlohn, die Löhne in der Gesamtwirtschaft und als das allgemeine Preisniveau. Die Löhne von Pflege- und Betreuungskräften in der Langzeitpflege haben sich seit Einfüh-

rung der Regelungen zudem den Löhnen von Pflege- und Betreuungskräften in der Krankenhauspflege weitestgehend angenähert. Auch im Branchenvergleich liegen sie deutlich über dem Durchschnitt aller Ausbildungsberufe. Das gesetzgeberische Ziel der Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufs durch Löhne, die sowohl den fachlichen Anspruch als auch die physischen und psychischen Belastungen des Berufs adäquat widerspiegeln, wurde daher nach aktuellem Stand klar erreicht. Zugleich haben die bestehenden Regelungen, die ihrer Regelungsarchitektur nach auf eine stetige Erhöhung der Löhne hinwirken, mit zu Preissteigerungen und in der Folge eine Steigerung der Pflegevergütungen und insbesondere der Eigenanteile in der Pflege geführt. Dies belastet insbesondere die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen. Zudem bedeuten die Regelungen in ihrer Administration einen nicht unerheblichen Mehraufwand für die meldenden und anwendenden Pflegeeinrichtungen, die Verhandlerinnen und Verhandler von Pflegevergütungen und den GKV-Spitzenverband.

Mit dem neu gefassten Absatz 3g werden die Regelungen zur tariflichen Entlohnung im SGB XI daher für einen Zeitraum von insgesamt vier Jahren in ihrer Anwendung sowohl als Zulassungsvoraussetzung als auch als Bezugspunkt der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen befristet nach Satz 2 ausgesetzt. Pflege- und Betreuungskräfte sind eine knappe Ressource am Arbeitsmarkt und haben daher die Möglichkeit, sowohl im Rahmen von kollektivvertraglichen als auch individuellen Verhandlungen mit den Arbeitgebern für sich weiterhin sehr gute Löhne zu erreichen. Die Entwicklung der Löhne und der Pflegevergütungen wird dabei vom Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Arbeit und Soziales weiter eng beobachtet, bis zum Ende des Jahres 2029 wird dem Deutschen Bundestag ein Bericht hierzu vorgelegt. So wird sichergestellt, dass vor dem Ende der Aussetzungsfrist eine fundierte Entscheidung über den weiteren Umgang mit den Regelungen zur tariflichen Entlohnung getroffen werden kann. Zugleich werden Pflegeeinrichtungen, Verhandlerinnen und Verhandler bei Verbänden und Pflegekassen sowie der GKV-Spitzenverband von Aufwänden entlastet. Damit leistet die Aussetzung einen wesentlichen Beitrag zu einer Entbürokratisierung der Pflege.

Im Hinblick auf das Auslaufen der Befristung nach Satz 2 werden die im zeitlichen Vorlauf benötigten Regelungen für einen wirksamen Anschluss ab dem 1. Januar 2031 für die Dauer von drei Jahren nach Satz 1 befristet. Dies umfasst:

- a) die Regelung für die Zulassungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 72 Absatz 3c,
- b) die Regelung der Mitteilungspflicht der tariflich bzw. kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 72 Absatz 3e,
- c) die Regelung zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus durch die Landesverbände der Pflegekassen nach § 82c Absatz 2 Satz 2 bis 5,
- d) die Regelung für die Pflegevergütungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 82c Absatz 4,
- e) die Regelung zur Veröffentlichungspflicht der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Landesverbände der Pflegekassen nach § 82c Absatz 5 und
- f) die Regelung zur Einrichtung der Geschäftsstelle beim GKV-Spitzenverband nach § 82c Absatz 6.

Satz 3 enthält eine Klarstellung hinsichtlich der Zulassungsvoraussetzungen nach Absatz 3.

Satz 4 stellt klar, dass für Vergütungssteigerungen der zugelassenen Leistungserbringer auch im SGB XI künftig die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches die Obergrenze darstellt. Damit werden zugleich die Regelungen zum Bereich des Fünften Buches hin synchronisiert, sodass ein Gleichklang der gesetzlichen Vorgaben gilt, was sich für ambulante Leistungserbringer entsprechend auswirken wird, welche regelmäßig in beiden Versicherungssystemen Leistungen erbringen. Das Aussetzen der Regelungen als Zulassungsvoraussetzung und Wirtschaftlichkeitsmaßstab gemeinsam mit der Begrenzung der zukünftigen Lohnsteigerungen auf die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung soll die Preissteigerungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege wie im Bereich des SGB V an die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung anpassen und dadurch auch die Pflegebedürftigen hinsichtlich der Eigenanteile entlasten.

Nach Satz 5 dürfen zugelassene Leistungserbringer in dem Zeitraum nach Satz 2 die Gehälter und Entlohnungen, die zum Zeitpunkt des 1. Januar 2027 an ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gezahlt wurden, nicht wegen der Nichtanwendung nach Satz 2 unterschreiten. Diese Klarstellung soll verhindern, dass Einrichtungen das Aussetzen der Regelungen nutzen, um ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer neue Arbeitsverträge mit schlechteren Lohnkonditionen vorzulegen.

Mit Satz 6 des neuen Absatz 3g wird dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales aufgetragen, dem Deutschen Bundestag über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen bis zum 31. Dezember 2029 zu berichten.

Zu Nummer 57 (§ 73a)

Die bisherige Berichtspflicht gemäß § 73a Absatz 3 sieht vor, dass der Bericht nach Bundesländern zu differenzieren ist. Mit der vorliegenden Änderung soll darüber hinaus sichergestellt werden, dass die Daten des Berichts auch auf Ebene der regionalen Gebietskörperschaften erhoben werden und somit den Ländern und ihren Kommunen im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben nach § 8 Absatz 4 in einer für die kommunale Pflegestrukturplanung nutzbaren Form zur Verfügung gestellt werden können.

Zu Nummer 58 (§ 75a)

Zu § 75a (Praktische Erprobung innovativer Konzepte)

In den durch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ erarbeiteten und im Dezember 2025 veröffentlichen fachlichen Eckpunkten für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform findet sich auch das Bestreben, Innovationen, deren Ziel es ist, die Pflege voranzubringen und z. B. das Pflegepersonal zu entlasten, nicht zu behindern, sondern zu ermöglichen. Um neue Maßnahmen und Konzepte kontrolliert erproben zu können, soll befristet die Möglichkeit geschaffen werden, von geltenden fachlichen Vorgaben abzuweichen um zu prüfen, ob letztere für die Zukunft angepasst werden sollten. Dieses Ziel wird mit der neuen Regelung des § 75a umgesetzt. Dieser erlaubt es Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern, zwischen dem 1. Januar 2027 und dem 31. Dezember 2031 für einen Zeitraum von maximal drei Jahren Ausnahmen von Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 zu vereinbaren, soweit der Schutz der Pflegebedürftigen dem nicht entgegensteht.

Diese Vorschrift dient der zeitlich befristeten praktischen Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung und der Vorbereitung ihrer dauerhaften Regulierung durch Verwaltung und Gesetzgebung.

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Absatz 1 regelt die wesentlichen Vertragsinhalte. Vertragszweck ist die praktische Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen. Um eine solche Erprobung in der Praxis zu ermöglichen, können die Vertragsparteien, der Träger einer zugelassenen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, die Landesverbände der Pflegekassen sowie der überörtliche Träger der Sozialhilfe im Land vertraglich Abweichungen von einzelnen in den Rahmenverträgen nach § 75 festgeschriebenen Regelungen vereinbaren. Die Rahmenverträge nach § 75 legen eine Vielzahl von unterschiedlichen Vorgaben in verschiedenen Bereichen der pflegerischen Versorgung im jeweiligen Bundesland für alle verbindlich fest, sodass die Option von Abweichungen den Vereinbarungspartnern eine große Bandbreite an möglichen innovativen Konzepten zulässt. Die vereinbarten Abweichungen sollen sich dabei auf die zur Erprobung notwendigen Regelungen beschränken; eine pauschale Abweichung bezüglich eines ganzen Rahmenvertrags ist nicht möglich. Der Rahmen der Abweichungsmöglichkeiten wird zudem durch den Schutzanspruch der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen begrenzt. Dieser Schutzanspruch umfasst insbesondere die Wahrung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, der Qualität der Pflege und der Sicherheit der Versorgung insgesamt. Diese grundsätzlichen Schutzgüter dürfen der Vereinbarung nicht entgegenstehen bzw. durch diese nicht gefährdet werden und sind von den Vertragsparteien jederzeit zu beachten. Die Regelungen des 11. Kapitels bleiben im Übrigen durch § 75a unberührt.

Zu Satz 2

In Satz 2 werden die zwingenden Vertragsinhalte festgelegt. Dies sind insbesondere der genauer zu definierende Zweck der Erprobung, von welchen konkreten Regelungen der jeweiligen Rahmenverträge nach § 75 abgewichen werden soll und welche Wirkungen durch die genannten Abweichungen erwartet werden. Die vertragliche Festlegung dieser Kriterien soll auch die Grundlage der in Absatz 4 geregelten Erfahrungsberichte sein und der Erfolgskontrolle dienen.

Zu Satz 3

Zum weiteren Schutz der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen, auch im Sinne des Verbraucherschutzes, sind die Pflegebedürftigen über den Abschluss eines Vertrages nach Absatz 1 und über den Vertragsinhalt zu informieren.

Zu Absatz 2

Können sich die Parteien nicht auf einen Vertragsinhalt einigen, entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund auf Antrag in der Regel binnen drei Monaten über den Vertragsinhalt. Kommt die Schiedsstelle bei Prüfung der beabsichtigten vertraglichen Regelungen zu der Überzeugung, dass der Schutz der Pflegebedürftigen einem Vertragsschluss in dieser Form entgegensteht, kann der Vertragsschluss mit dem beabsichtigten Inhalt von der Schiedsstelle auch vollständig abgelehnt werden. In diesem Fall kommt kein Vertrag zustande und die Parteien müssen gegebenenfalls in neue Verhandlungen zu geänderten Vertragsinhalten einsteigen. Damit soll auch der Konfliktlösungsmechanismus dem Schutz der Pflegebedürftigen ausdrücklich Rechnung tragen. Über den Verweis in Satz 2 ist gegen die Festsetzung der Schiedsstelle der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

Zu Absatz 3

Sollte sich im Laufe des Innovationsprojekts abzeichnen, dass die beabsichtigten Wirkungen nicht oder nicht wie erwartet eintreten oder die Pflegeeinrichtung das Projekt aus anderen Gründen nicht fortführen möchte, soll dies mit der Kündigungsmöglichkeit nach Absatz 3 ermöglicht werden. Absatz 3 legt fest, dass der Vertrag von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Wochen ganz oder teilweise gekündigt werden kann, von den Lan-

desverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die pflegerische Versorgung der betroffenen Pflegebedürftigen gefährdet ist. Die Einschränkung der Kündigungsmöglichkeit auf Seiten der Kassen auf Fälle, in denen die pflegerische Versorgung konkret gefährdet ist, soll den Einrichtungen die Planungssicherheit geben, die sie zur erfolgreichen Umsetzung der innovativen Konzepte brauchen, andererseits aber den Schutz der Pflegebedürftigen wahren.

Zu Absatz 4

Zu Satz 1

Um die Anwendung und die Wirkung der Regelung nachvollziehen zu können, werden die Landesverbände der Pflegekassen dazu verpflichtet, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Abschluss von Verträgen nach Absatz 1 zu informieren.

Zu Satz 2

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll anhand der nach Satz 1 gemeldeten Daten in angemessenen zeitlichen Abständen einen Erfahrungsbericht über die laufenden Innovationsprojekte von den betroffenen Pflegeeinrichtungen anfordern. Diese sollen den Bericht mit den weiteren Vertragspartnern nach Absatz 1 Satz 1 abstimmen. Die Angemessenheit der Abstände kann je nach Umfang des Innovationskonzeptes und weiterer individueller Faktoren abweichen, bei einer Laufzeit von drei Jahren könnte beispielsweise einmal jährlich ein Bericht angefordert werden. Der Erfahrungsbericht stellt dabei eine niedrigschwellige Form der Evaluation dar, durch die sich angesichts der Vielgestaltigkeit und erwarteten Anzahl der durchgeführten Innovationskonzepte deren Erfolg in ressourcenschonender Weise darstellen lässt.

Zu Satz 3

Um dem Ziel der Regelung entsprechend nähere Erkenntnisse über die Anwendung der Vorschrift und die vereinbarten Innovationskonzepte zu erlangen, legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf Basis der Daten nach Satz 1 und der Berichte nach Satz 2 dem Bundesministerium für Gesundheit nach der Hälfte der Laufzeit der Vorschrift zum 1. Juli 2029 und nach Abschluss der Laufzeit zum 1. Juli 2032 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor.

Zu Nummer 59 (§ 78a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegesachleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

Zu Nummer 60 (§ 82 Absatz 1a)

Mit der Einfügung des neuen Absatz 1a wird klargestellt, dass den Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen entstehende Personal- und Sachaufwendungen bei der Vergütungsvereinbarung berücksichtigungsfähig sind. Dies betrifft solche Aufwendungen, die beispielsweise für Wartung, Schulungen der Mitarbeitenden und Support anfallen, damit technische und digitale Anschaffungen von den Einrichtungen auch effektiv und dauerhaft genutzt werden können.

Zu Nummer 61 (§ 82c)

Im Zuge der Neufassung der Allgemeinen Vorschriften im Ersten Kapitel wird die bisher in § 8 Absatz 5a geregelte Finanzierung der Geschäftsstelle des Spitzenverbandes Bund der

Pflegekassen nach § 82c Absatz 6 systematisch unverändert in Satz 11 und 12 dieser Vorschrift überführt.

Zu Nummer 62 (§ 84 Absatz 7)

Aufgrund der Aussetzung des § 72 Absatz 3c durch den neuen § 72 Absatz 3g wird als Folgeänderung die entsprechende Anwendung von § 72 Absatz 3c Satz 5 und 6 durch deren Wortlaut als neue Sätze 5 und 6 ersetzt.

Zu Nummer 63 (§ 88b)

Zu § 88b (Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege)

Zu Absatz 1

Die Regelung eines befristeten Erstattungsverfahrens für Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege soll einen wichtigen Beitrag leisten, der zu einem flächendeckenden Angebot der Akut-Kurzzeitpflege im Rahmen der pflegerischen Überbrückungsversorgung führen kann. Den Trägern von vollstationären Pflegeeinrichtungen wird damit ein sofort wirksames Instrument an die Hand gegeben, um sie von den mit der Bereitstellung von festen Akut-Kurzzeitpflegeplätzen einhergehenden besonderen finanziellen Risiken zu entlasten und Hemmnisse bei der Schaffung der entsprechenden Plätze abzubauen. Weiterhin werden durch die Ausgestaltung in Form eines von der Pflegeversicherung finanzierten Erstattungsverfahrens finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen vermieden.

Der Anspruch auf Erstattung von anteiligen Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege besteht für Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag gemäß § 72 sowie eine entsprechende Vergütungsvereinbarung gemäß § 85 abgeschlossen haben. Maßgeblich für die Entstehung des Anspruchs ist, dass es sich unter Berücksichtigung der Richtlinien gemäß Absatz 2 um eine Erstattung der Kosten für die im Versorgungsvertrag nach § 72 vereinbarte Anzahl der dauerhaft, ausschließlich zur Akut-Kurzzeitpflege zur Verfügung stehenden Plätze handelt.

Sofern die Einrichtung in der Akut-Kurzzeitpflege Nichtauslastungen unterhalb ihrer vertraglich vereinbarten Auslastungsquote zu verzeichnen hat, bekommt sie die Vorhaltekosten anteilig über das Erstattungsverfahren finanziert. Eine Anpassung der Pflegesatzvereinbarung kann nach § 85 Absatz 7 erfolgen. Doppelfinanzierungen sind auszuschließen. Daher darf keine anderweitige Finanzierung für dieselben Vorhaltekosten stattfinden.

Zu Absatz 2

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen bis 31. Oktober 2027 in Richtlinien das Nähere für das Erstattungsverfahren.

Dazu zählen insbesondere die Voraussetzungen zur Teilnahme am Erstattungsverfahren, um eine angemessene Anzahl an Akut-Kurzzeitpflegeplätzen vorzuhalten. Weiterhin sind die Höhe der erstattungsfähigen Vorhaltekosten und die Verfahrensabläufe zur Erstattung einschließlich der erforderlichen Nachweise zum Zwecke einer unbürokratischen Umsetzung festzulegen. Dabei sollen Erkenntnisse aus vorangegangenen Erstattungsverfahren berücksichtigt werden.

Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des BMG.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab dem Berichtsjahr 2028 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über die Ausgabenentwicklung, sowohl länderspezifisch als auch insgesamt, und über die daraus abzulei-

tenden Erkenntnisse für die Versorgung mit Plätzen für Akut-Kurzzeitpflege bundesweit und in den einzelnen Ländern. Auf dieser Grundlage evaluiert er bis zum 31. Dezember 2031 unter wissenschaftlicher Begleitung die Wirkungen dieser Regelung. Dabei ist insbesondere zu untersuchen, welche Einsparungen sich durch die Finanzierung der Vorhaltekosten über die Pflegeversicherung für die Länder hinsichtlich der Kosten ergeben, für die die Länder grundsätzlich im Rahmen ihrer Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur nach § 9 Absatz 1 verantwortlich sind. Die Evaluation ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

Zu Absatz 3

Die Finanzierung der Vorhaltekosten erfolgt aus finanziellen Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung. Die initialen Finanzmittel in Höhe von rechnerisch 9,57 Millionen Euro (davon Anteil der privaten Pflege-Pflichtversicherung in Höhe von 0,87 Millionen Euro) bemessen sich neben einem fortgeschriebenen Tagessatz für Kurzzeitpflege in Höhe von knapp 172 Euro und einer jahresdurchschnittlichen Auslastung der Akut-Kurzzeitpflegeplätze von 75 Prozent an der Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 und deren räumlicher Verteilung je Quadratkilometer in den Ländern. Die Finanzmittel für den ersten vollständigen zwölfmonatigen Zeitraum vom 1. Juli 2028 bis einschließlich dem 30. Juni 2029 werden per Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit auf aktueller Basis der dargestellten Berechnungsparameter bestimmt und festgelegt. Ein Termin zur Jahresmitte ist erforderlich, um alle notwendigen Berechnungsparameter des aktuellen Rands einbeziehen zu können.

Um eine Verteilung der auszahlenden Finanzmittel aus dem Ausgleichsfonds auf die Länder zu gewährleisten, werden die zur Verfügung stehenden Finanzmittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Finanzmittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können nicht in das Folgejahr übertragen werden. Nicht verausgabte Finanzmittel, die anteilig auf die privaten Versicherungsunternehmen entfallen, werden mit dem Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen der Folgeperiode verrechnet.

Mit diesem Verfahren wird sichergestellt, dass die Finanzierung der Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege der Komplexität entsprechend möglichst verwaltungsarm und (kosten-)effizient erfolgt.

Zu Nummer 64 (§ 92a)

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 65 (§ 92c)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 66 (§ 94)

Es handelt sich jeweils um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 67 (§ 95)

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 68 (§ 111)

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen als redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 69 (§ 113)

Die Vorschrift des bisherigen § 8 Absatz 5 wird nun zu dem neuen § 113 Absatz 1c.

Zu Nummer 70 (§ 113b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen als redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 11.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 11.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe e

Die bisher in § 8 Absatz 4 enthaltenen Bestimmungen werden nun in § 113b Absatz 11 geregelt. Dabei wird der im bisherigen § 8 Absatz 4 enthaltene Verweis auf den bisherigen § 8 Absatz 5 Satz 2 und 3 als Wortlaut in den neuen § 113b Absatz 11 selbst aufgenommen.

Zu Nummer 71 (§ 113c)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe c

Die Änderung erfolgt vor dem Hintergrund des ersten Berichts des GKV-Spitzenverbandes nach § 113 Absatz 8, der in Kürze im ersten Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 113 Absatz 7 als Bundestagsdrucksache veröffentlicht wird. Aus dem Bericht geht hervor, dass 64 % der vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhobenen Pflegesatzvereinbarungen keine Differenzierung nach drei Qualifikationsniveaus vorsah. Sofern in der Pflegesatzvereinbarung eine Differenzierung nach drei Qualifikationsniveaus vorgenommen wurde, erfüllten etwa 55 % der Pflegesatzvereinbarungen bei Pflegehilfskräften mit einer Ausbildung nach § 1 des Pflegefachassistenzgesetzes oder § 50 des Pflegefachassistenzgesetzes die Zielwerte nach § 113c Absatz 8. Bei Fachkräften erreichten rund 78 % der gemeldeten Vereinbarungen mit drei Qualifikationsniveaus die Zielwerte nach § 113 Absatz 8. Die erste Erhebung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen macht deutlich, dass die Umsetzung der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen deutlich mehr Zeit in Anspruch nimmt. Ein Grund ist insbesondere die Arbeitsmarktlage im Pflegebereich. Vor diesem Hintergrund wird die Erhebung nach Absatz 8, die

derzeit in einem zweijährigen Turnus stattfindet, auf eine einmalige Erhebung je Legislaturperiode reduziert. Dadurch wird die Erhebung gleichzeitig an den Turnus des Berichts der Bundesregierung nach § 8 Absatz 3 angepasst. Der Bericht nach § 113c Absatz 7 wird in den Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland im Berichtszeitraum nach § 8 Absatz 3 integriert. Dadurch wird künftig ein zusammenfassendes Bild über den Stand der pflegerischen Versorgung vermittelt, um strategische Entscheidungen für politische Entscheidungsträger zu erleichtern. Darüber hinaus stellt dieses Vorgehen eine Maßnahme des Bürokratieabbaus dar. Da der erste Bericht nach § 113c Absatz 7 in Kürze vorgelegt wird, erfolgt die Integration in den Bericht nach § 8 Absatz 3 erstmals in der 22. Legislaturperiode.

Zudem werden in den Absätzen 7 und 8 redaktionelle Anpassungen vorgenommen. Die Streichung von § 113c Absatz 7 Nummer 1 alte Fassung erfolgt vor dem Hintergrund, dass das Modellprojekt zur Weiterentwicklung der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b abgeschlossen ist. Die Erkenntnisse aus diesem Modellprojekt sind in den ersten Bericht zur Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 113c Absatz 7 eingeflossen.

Zu Nummer 72 (§ 113d)

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 73 (§ 113e)

Zu § 113e (Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen)

Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden die mit § 113e neu eingeführten Transformationsstellenanteile definiert und deren Zielsetzung dargelegt: kann eine vollstationäre Pflegeeinrichtung Stellenanteile nicht besetzen, so kann sie grundsätzlich einen finanziellen Gegenwert für diese Stellenanteile vereinbaren, der ausschließlich dazu dient, einen effizienten Personaleinsatz durch das Pflege- und Betreuungspersonal unterstützende oder entlastende technische oder digitale Systeme, die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind, zu gewährleisten.

Zu Absatz 2

Die Möglichkeit, Transformationsstellenanteile zu vereinbaren, ist auf den Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 beschränkt. In diesem Zeitraum wird vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht, innerhalb des Korridors zwischen der mindestens zu vereinbarenden Personalausstattung laut dem jeweiligen Landesrahmenvertrag und den Personalanhaltswerten gemäß § 113c Absatz 1, für bis zu 10 Prozent der personellen Ausstattung für Pflege- und Betreuungspersonal alternativ fiktive Transformationsstellenanteile in der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 zu vereinbaren. Diese sind in der Pflegesatzvereinbarung gesondert auszuweisen und gleichwertig zu regulär zu besetzender personeller Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal; insgesamt gilt als Höchstaussstattung § 113c Absatz 1.

Für diese Transformationsstellenanteile erhalten die vollstationären Einrichtungen einen anteiligen finanziellen Gegenwert für die Anschaffung und den Einsatz von Pflegepersonal unterstützenden oder entlastenden technischen oder digitalen Systemen. Voraussetzung ist, dass es sich um solche technischen oder digitalen Systeme handelt, die in dem vom Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 erstellten Katalog nach Absatz 5 enthalten sind. § 82 Absatz 2, wonach die dort aufgelisteten investiven Aufwendungen nicht in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung berücksichtigt

werden dürfen, wird in diesem speziellen Fall befristet als nicht anwendbar erklärt. Ziel der Vereinbarung von fiktiven Transformationsstellenanteilen ist es, einen effizienteren Personaleinsatz in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu befördern.

Zu Absatz 3

Bei der Vereinbarung der fiktiven Transformationsstellenanteile sind höchstens die Aufwendungen berücksichtigungsfähig, die sich für den Transformationsstellenanteil unter Zugrundelegung der Nettojahresarbeitszeit von 1.560 Stunden und des Mindestentgelts nach der jeweils geltenden Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche rechnerisch ergeben. Damit wird ein einheitlicher Rechenweg vorgegeben, der schnelle Vereinbarungen ermöglicht und dem Umstand Rechnung trägt, dass für die Transformationsstellenanteile vergleichsweise niedrigere Aufwendungen anfallen als für reguläres Personal, da beispielsweise keine Sozialversicherungsbeiträge und Personalnebenkosten anfallen.

Bei den über die vereinbarten Transformationsstellenanteile finanzierten, das Pflege- und Betreuungspersonal unterstützenden oder entlastenden technischen oder digitalen Systemen, darf es sich nur um solche handeln, die nicht bereits anderweitig finanziert wurden oder werden.

Zu Absatz 4

Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, Daten zu den vereinbarten Transformationsstellenanteilen zu erfassen. Diese dienen als Grundlage für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit, die erstmals zum Stichtag 1. Juli 2028 und danach jährlich Aussagen über die Anzahl der vereinbarten Transformationsstellenanteile und die zugrunde gelegten Aufwendungen beinhalten soll.

Zu Absatz 5

Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 wird in Absatz 5 beauftrag, erstmalig zum 30. September 2027 einen Katalog von technischen oder digitalen Systemen zu erstellen und zu veröffentlichen, deren unterstützende oder entlastende Wirkung auf das Pflegepersonal auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse oder systematischer Praxisevaluationen nachgewiesen ist. Der Katalog ist quartalsweise zu aktualisieren.

Unter Einbezug der Daten nach Absatz 4 evaluiert das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege erstmalig bis zum 30. Juni 2030 und abschließend bis zum 30. Juni 2033 die Auswirkungen dieser Regelung auf die pflegerische Versorgung und deren Finanzierung.

Zu Absatz 6

Absatz 6 legt klarstellend fest, dass der Einsatz von dem Pflege- und Betreuungspersonal unterstützenden oder entlastenden technischen oder digitalen Systemen die Qualität der Pflege in der jeweiligen Einrichtung nicht beeinträchtigen, die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen nicht einschränken und die Sicherheit der Versorgung nicht gefährden darf.

Zu Nummer 74 (§ 115)

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 75 (§ 120)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegesachleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

Zu Nummer 76 (§ 122)

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 77 (§ 125)

Da das Modellvorhaben erfolgreich durchgeführt wurde und abgeschlossen ist, wird die Regelung zur Rechtsbereinigung gestrichen.

Zu Nummer 78 (§ 125a)

Da das Modellvorhaben erfolgreich durchgeführt wurde und abgeschlossen ist, werden die Absätze 1 und 2 zur Rechtsbereinigung gestrichen.

Zu Nummer 79 (§ 125b)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Überführung des bisherigen § 125b in den neuen § 10.

Zu Nummer 80 (§ 125c)

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 81 (§ 125d)

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 82 (§ 134)

Absatz 4 erteilt dem Bundesministerium für Gesundheit einen konkreten Prüfauftrag. Dabei sollen geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds geprüft werden, um dessen Konzeption, Anlagestruktur, Rendite-Risiko-Struktur und zeitlichen Horizont zu optimieren. Die Fristsetzung gewährleistet, dass etwaige gesetzliche Anpassungen mit ausreichendem Vorlauf vor der bisher gesetzlich vorgesehenen Entnahmephase umgesetzt werden können. Zur Umsetzung des Prüfauftrags kann externe fachliche bzw. wissenschaftliche Expertise einbezogen werden.

Zu Nummer 83 (§ 135)

Zu Buchstabe a

Die in den Jahren 2024 bis 2027 angewendete Begrenzung der Zuführung von Mitteln an das Sondervermögen auf jährlich 700 Millionen Euro wird bis 2028 verlängert; im Jahr 2029 wird diese Zuführung auf einen Betrag in Höhe von 1,2 Milliarden Euro erhöht.

Zu Buchstabe b

Ab dem Jahr 2030 erfolgt die Zuführung von Mitteln an das Sondervermögen wieder gemäß Absatz 1.

Zu Nummer 84 (Überschrift Sechzehntes Kapitel Erster Abschnitt)

Die Überschrift des Ersten Abschnitts des Sechzehnten Kapitels wird ergänzt, da in diesen Abschnitt zusätzlich zu den Regelungen, die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusammenhängen, weitere Übergangsregelungen aufgenommen werden, die sich mit dem Begutachtungsverfahren befassen.

Zu Nummer 85 (§§ 142b und 142c)

Zu § 142b (Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027)

Zu Absatz 1

Absatz 1 ist eine Klarstellung bezüglich der Rechtsgrundlage für Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit den in diesem Gesetz enthaltenen Änderungen am Begutachtungsinstrument. Da im Falle der Wiederholungsbegutachtung keine erneute Antragstellung erfolgt, wird auf den Zeitpunkt der Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit abgestellt.

Zu Absatz 2

Die Übergangsregelung in Absatz 2 schafft einen Bestandsschutz für Pflegebedürftige, die nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht einen Pflegegrad erhalten haben. Neubegutachtungen allein wegen der gesetzlichen Änderungen am Begutachtungsinstrument sollen für diese Personengruppe nicht durchgeführt werden. Erfolgt aber beispielsweise eine Wiederholungsbegutachtung, wird der mögliche Verlust eines Pflegegrades, der ausschließlich auf der mit diesem Gesetz vorgenommenen Änderung des Begutachtungsinstrumentes beruht, durch die Übergangsregelung verhindert. Eine Herabstufung infolge einer erneuten Begutachtung ist ausgeschlossen, wenn nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht die Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad noch fortbestehen würde. Die betroffenen Personen behalten in diesem Fall ihren Pflegegrad. Der Verlust eines Pflegegrades aufgrund der Wiedererlangung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bleibt aber möglich und ist vom Bestandsschutz nicht umfasst. Die Stärkung der Prävention und Rehabilitation von Pflegebedürftigkeit ist ein zentrales Anliegen dieses Gesetzes und wurde auch in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ im Konsens vereinbart. Ziel der präventiven und rehabilitativen Maßnahmen ist die Verbesserung der Fähigkeiten und der Selbstständigkeit und damit auch die Verringerung oder Überwindung von Pflegebedürftigkeit. Ein Bestandsschutz auch in diesen Fällen würde die Bemühungen zur Prävention und Rehabilitation konterkarieren und wäre daher nicht zielführend.

Zu § 142c (Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3)

Dem Medizinischen Dienst Bund wird durch die Übergangsvorschrift die nötige Zeit zur Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien sowie zur Berücksichtigung der Ergebnisse des Modellprojekts gemäß § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) eingeräumt. Die Medizinischen Dienste erhalten im Übergangszeitraum zudem die Gelegenheit zur Anpassung der Praxis der Gutachtererstellung, insbesondere für Schulungen der Gutachterinnen und Gutachter.

Zu Nummer 86 (§ 144)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 3

Der bisherige Absatz 3 ist durch Zeitablauf überholt und kann entfallen.

Die Einfügung des neuen Absatz 3 dient dem Vertrauensschutz der Pflegebedürftigen und regelt den Übergang von der alten zur neuen Rechtslage in Bezug auf die Leistungszuschläge nach § 43c.

Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Fassung des § 43c bereits einen Leistungszuschlag nach den bisherigen Grenzen der Monatswerte des § 43c in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung erhalten, behalten diesen Leistungszuschlag in der bis dahin erreichten Höhe (Besitzstandswahrung). Eine Reduzierung des Prozentsatzes des bisherigen Leistungszuschlags aufgrund der neuen Monatswerte des § 43c in der ab dem 1. Januar 2027 geltenden Fassung erfolgt nicht, um eine unmittelbare finanzielle Mehrbelastung von Bestandsfällen zu verhindern.

Bereits in vollstationärer Pflege verbrachte Zeiten werden bei der Ermittlung der Dauer des Leistungsbezugs wie bisher weiterhin voll angerechnet. Dies sichert die Gleichbehandlung bei der Berechnung der Gesamtdauer des Bezugs von Leistungen nach § 43.

Das Erreichen einer neuen, höheren Leistungszuschlagsstufe gemäß § 43c erfolgt jedoch erst, wenn die neuen Monatswerte des § 43c in der ab dem 1. Januar 2027 geltenden Fassung erfüllt sind. Ab diesem Zeitpunkt findet § 43c auf die Pflegebedürftigen dann in der jeweils aktuellen Fassung Anwendung. Damit wird eine schrittweise Harmonisierung der Bestands- und Neufälle erreicht.

Zu Absatz 4

Die Regelungen zur Pflegeberatung gemäß § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung und die Regelungen gemäß § 7b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung finden weiterhin unverändert Anwendung bis erstmals Anspruch auf die Pflegebegleitung gemäß § 7c in der ab 1. Januar 2027 geltenden Fassung besteht. Soweit Rechtsvorschriften in diesem Zeitraum bereits auf die Pflegebegleitung nach § 7c verweisen oder auf diese Bezug nehmen, gelten diese als Verweisungen oder Bezugnahmen auf die Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung. Dies gilt für Verweisungen und Bezugnahmen innerhalb des SGB XI und auch für solche, die in anderen Rechtsnormen außerhalb des SGB XI geregelt sind. Zudem findet § 94 in diesem Zeitraum auch auf das Ausstellen von Beratungsgutscheinen gemäß § 7b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung, so wie bisher in § 94 Absatz 1 Nummer 8 geregelt.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 6

Es handelt sich um eine Übergangsregelung zu § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung. Die Bestimmungen hierzu finden weiterhin Anwendung, solange und soweit dies für die Abwicklung der Förderung oder Verwertung der Ergebnisse aus § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung erforderlich ist.

Zu Absatz 7

Der Zuschuss in Höhe von monatlich 131 Euro, den Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 nach bisherigem Recht gemäß § 43 Absatz 3 erhalten, wenn sie sich in vollstationärer Pflege befinden, entfällt im Zuge der präventionsorientierten Fokussierung der Leistungen bei Pflegegrad 1 für Neufälle. Für Pflegebedürftige, die bisher diesen Zuschuss bereits bezogen haben, wird jedoch Besitzstandsschutz gewährt. Für sie findet § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung, wenn sie vollstationäre Pflege beziehen.

Zu Nummer 87

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Besitzstandsschutzregelung, die eine Fortgeltung des Absatzes 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung in Verbindung mit § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 vorsieht.

Zu Nummer 88 (Anlage 2)

Die Anpassung der Bewertungssystematik in Anlage 2 folgt den Erwägungen in der Begründung zu § 15 Absatz 3 Satz 4 und ist, wie die Anpassung der Schwellenwerte des Begutachtungsinstrumentes, einer von mehreren Anknüpfungspunkten, um die Entwicklung der Pflegeprävalenzen abzuschwächen.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des neuen Begutachtungsinstrumentes zum 1. Januar 2017 ging mit einer erwarteten Zunahme der Anzahl an Pflegebedürftigen einher – nicht zuletzt war die bessere Berücksichtigung von an Demenz erkrankten Menschen ein wesentliches Ziel der Reform. Nicht vorhergesehen wurde jedoch der bis heute ungebremsste, deutlich über die demografische Entwicklung und die bessere Berücksichtigung der Demenzerkrankten hinausgehende Entwicklung.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat daher – in Bezug auf einen entsprechenden gesetzlichen Auftrag – das IGES-Institut damit beauftragt, Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Pflegeprävalenzen zu identifizieren, sowie mögliche Weiterentwicklungsbedarfe am Begutachtungsinstrument zu prüfen. Zu den am 10. März 2026 vorgestellten Zwischenergebnissen dieser Studie gehörte neben der Diskussion einer Anpassung der Schwellenwerte in § 15 Absatz 3 Satz 4 auch die Präsentation eines Szenarios zur Anpassung der Bewertungssystematik in Anlage 2 zu § 15 SGB XI. Die aktuellen Werte in Anlage 2 sind das Ergebnis des Gesetzgebungsprozesses zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II), mit dem der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in das Recht der Pflegeversicherung eingeführt wurde. Diese von den Empfehlungen eines Expertenbeirates im Jahr 2013 abweichende Ausgestaltung der Bewertungssystematik war eine politische Entscheidung. In seinem Abschlussbericht kommt das IGES-Institut im April 2026 zu dem Ergebnis, dass diese politisch motivierten Modifikationen im Kontext des PSG II erhebliche Effekte auf die Pflegeprävalenz sowie die Verteilung der pflegebedürftigen Versicherten auf die Pflegegrade hatten. Als wesentlicher Faktor, der die starke Zunahme der Pflegeprävalenz seit 2017 ermöglicht habe, sei die Änderung der Bewertungssystematik gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirates anzusehen, die durch das PSG II vorgenommen worden sei (Seite 16 des Abschlussberichtes). Die Handlungsempfehlungen des Abschlussberichtes sehen vor, die aktuelle Bewertungssystematik einer Prüfung zu unterziehen und die vom Expertenbeirat empfohlenen Parameter in Betracht zu ziehen (Seite 17 des Abschlussberichtes). Von einer Umstellung der Bewertungssystematik auf die Empfehlungen des Expertenbeirates sind nach der Einschätzung des IGES-Institutes starke Effekte sowohl auf die Pflegeinzidenz als auch -prävalenz zu erwarten (Seite 94 des Abschlussberichtes).

Bei der nun mit der Änderung der Anlage 2 vorgenommenen Anpassung handelt es sich um eine Anknüpfung an die vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlenen Werte.

Die Empfehlungen aus der Hauptphase 2 der vorausgegangenen Arbeiten des Beirates aus dem Jahr 2009 wurden vom Expertenbeirat und den hinzugezogenen Fachexperten aus pflegewissenschaftlicher und pflegefachlicher Sicht beraten und in einer Gesamtübersicht erstmals zusammenfassend dargestellt. Der Expertenbeirat empfahl die nun gesetzlich umgesetzte Bewertungssystematik als Grundlage des Begutachtungsinstrumentes. Das gesetzgeberische Anknüpfen an diese Empfehlung ist auch nach der Bewertung des IGES-Institutes naheliegend, da „die vom Expertenbeirat empfohlene Bewertungssystematik als Ergebnis eines umfassenden fachlichen – und angesichts der Zusammensetzung der beiden mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff befassten Beiräte auch sozialpolitisch

informierten – Abwägungsprozesses gelten kann“ (Seite 33 des Abschlussberichtes). Diese Empfehlung stellt daher den derzeit bestmöglichen, wissenschaftlich fundierten Ausgangspunkt für eine mögliche Weiterentwicklung des Begutachtungsinstrumentes in der Zukunft dar, mit der der Beirat nach § 18f betraut wird. Diesem obliegt es, aus den Entwicklungen seit dem Jahr 2013 Schlussfolgerungen für eine wissenschaftlich begleitete Weiterentwicklung des Begutachtungsinstrumentes zu ziehen. Die Vielzahl der durch das Begutachtungsinstrument betroffenen Interessen und die Vulnerabilität der einschlägigen Personenkreise gebietet eine wissenschaftliche Fundierung von Änderungen, die auch dem Nebeneinander der verschiedenen Sozialleistungssystemen gerecht wird und interdisziplinär gesellschaftliche Auswirkungen in den Blick nimmt.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 55)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner. Die neu eingeführte Beitragserhebung für bestimmte familienversicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 242b des Fünften Buches wird auch im Recht der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen. Künftig wird für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,52 Beitragssatzpunkten erhoben, außer es liegt eine Ausnahme nach § 242b Satz 2 des Fünften Buches vor. Das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung folgt insoweit den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 2 (§ 56)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner. Die neu eingeführte Beitragserhebung für bestimmte familienversicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 242b des Fünften Buches wird auch im Recht der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen.

Zu Nummer 3 (§ 106a)

Zum 1. Januar 2028 wird die Pflegebegleitung nach § 7c eingeführt. Die Beratung nach § 37 Absatz 3 wird in modifizierter Form in dieser aufgegriffen. § 106a, der sich auf die Beratung nach § 37 Absatz 3 bezieht, ist entsprechend anzupassen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 11 SGB V)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 2 (§ 20 SGB V)

Ältere und pflegebedürftige Menschen nehmen noch zu wenig an Präventionsmaßnahmen teil. Das bisherige Kursangebot der Krankenkassen ist noch zu wenig auf diese Personengruppen ausgerichtet. Deshalb werden die Krankenkassen mit der Änderung des § 20 Absatz 1 Satz 2 verpflichtet, bei der Erbringung von Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung die spezifischen Belange älterer Menschen und Pflegebedürftiger zu berücksichtigen. Ziel muss es sein, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen seiner Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 die spezifischen Belange älterer und pflegebedürftige Menschen bei der Festlegung von Kriterien insbesondere hinsichtlich Bedarfs, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, und Qualität, berücksichtigt.

Zu Nummer 3 (§ 20b SGB V)

Schon bisher ist die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung vom Unterstützungsauftrag der Krankenkassen über ihre gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen umfasst. Bislang werden jedoch noch zu wenige regionale überbetriebliche Netzwerke, insbesondere kleiner und mittlerer Unternehmen unterstützt. Da gerade eine Anschubfinanzierung dabei helfen kann, Startbarrieren zu überwinden und die Netzwerke in ihrer Anfangsphase zu stabilisieren, werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit der Änderung des § 20b Absatz 3 Satz 5 verpflichtet, Grundsätze zu Inhalten und Umfang der Förderung von örtlichen, überbetrieblichen Netzwerken nach § 20b Absatz 3 Satz 2 SGB V in Form von Projektförderung zu vereinbaren.

Dies kommt auch Krankenhäusern, Pflegebetrieben und kleinen und mittleren Unternehmen zugute, denen die Angebote der regionalen BGF-Koordinierungsstellen (www.bgf-koordinierungsstelle.de) oft nicht bekannt sind. Überbetriebliche Netzwerke bieten eine niedrigschwellige Möglichkeit zur Bündelung von Ressourcen, zum gegenseitigen Wissens- und Erfahrungsaustausch und senken die Hemmschwellen für die Einleitung und Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Inanspruchnahme der Leistungen der Krankenkassen insbesondere für den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen.

Zu Nummer 4 (§ 20c SGB V)

Krankenkassen können im Rahmen ihrer Unterstützung von Betrieben zur betrieblichen Gesundheitsförderung Informationen über den Gesundheitszustand und Belastungen der Beschäftigten gewinnen. Durch die Änderung werden die Krankenkassen verpflichtet, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihren Aufgaben zur Prävention nach § 14 Absatz 1 SGB VI für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden, zu unterstützen, indem sie die Versicherten auf die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 14 SGB VI hinweisen.

Durch die Änderung des § 20c Absatz 2 Satz 1 wird klargestellt, dass die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 mit den Krankenkassen eng zusammenarbeiten.

Zu Nummer 5 (§ 25 SGB V)

Zu Buchstabe a

Zu Satz 1 (Notwendigkeit, Anspruch und Turnus)

Die demografische Entwicklung in Deutschland führt zu einer stetig wachsenden Gruppe älterer Menschen. Mit zunehmendem Alter steigen die Risiken für Multimorbidität, funktionelle Einschränkungen und den Verlust der Autonomie. Während 2023 die jährlichen Krankheitskosten pro Person in den Altersgruppen bis 45 Jahren unter 3.000 Euro liegen, steigen sie in der Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren auf 5.230 Euro und in der Altersgruppe zwischen 65 und 85 Jahren auf 11.480 Euro (Gesundheitsberichterstattung „Krankheitskosten je Einwohner in Euro für Deutschland“).

Modellhafte Berechnungen zur Wirtschaftlichkeit einer Früherkennung von Demenz machen sowohl im Bereich der GKV als auch SPV das Potential von Einsparungen im GKV- und SPV-Bereich deutlich. Dabei wird von zwischen 364.000 und 445.000 Menschen ausgegangen, die jährlich neu an einer Demenz erkranken (Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), 2023). Wird durch gezielte Früherkennung und Prävention erreicht, dass bei etwa einem Fünftel die Zusatzkosten für Demenz zu Vergleichsper-

sonen ohne eine Demenzerkrankung halbiert werden, ergeben sich erhebliche Minderausgaben für die GKV; für die SPV liegen die Minderausgaben sogar etwa dreimal höher.

Bisher sieht § 25 Absatz 1 SGB V ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten vor, die jedoch nicht spezifisch auf die komplexen Herausforderungen des Alterns zugeschnitten sind. Dies soll hiermit ergänzt werden. Zudem sollen auch Menschen, die die Gesundheitsuntersuchungen bislang nicht Anspruch nehmen, gezielter angesprochen werden.

Die Früherkennung für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr nach Satz 1 ergänzt die bestehenden Gesundheitsuntersuchungen, um altersbedingten gesundheitlichen Risiken frühzeitig begegnen zu können. Die Früherkennung ergänzt also die bisherigen Gesundheitsuntersuchungen um weitere Inhalte. Dabei sollen Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Altersbedingte Risiken werden hier als klinisch relevante Vorstadien verstanden, die noch keinen Krankheitswert besitzen, aber statistisch hochsignifikant zu einem Funktionsverlust führen können. Beispiele sind ein erhöhtes Sturzrisiko durch nachlassende Balance, das Risiko einer schleichenden Mangelernährung (Malnutrition) oder Gefährdungen durch Polypharmazie (Arzneimittelwechselwirkungen).

Darüber hinaus umfasst der Anspruch die Identifikation altersbedingter Belastungen und Erkrankungen. Zu den Belastungen zählen insbesondere der Verlust an Muskelmasse (Sarkopenie) sowie psychosoziale Faktoren wie Einsamkeit oder Belastungen durch den Übergang in die Nacherwerbsphase. Bei den Erkrankungen stehen neurodegenerative Prozesse (beginnende Demenz) sowie sensorische Defizite (Hör- und Sehverminderung) im Fokus.

Die frühzeitige Risikoidentifikation ermöglicht es, präventive Maßnahmen einzuleiten, bevor eine irreversible Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit eintreten. Dezierte Nachweise zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen ergaben sich im Rahmen des Projekts „Wege – Analysen von Versorgungsverläufen älterer AOK-Versicherter im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit“ (2023 – 2025, gefördert vom Innovationsfonds). Demnach lag die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Pflegebedürftigkeit um 40 Prozent niedriger als in der Vergleichsgruppe, die keine Früherkennungsuntersuchungen, fachärztliche Versorgung oder Physiotherapie in Anspruch genommen hatten. Modellhafte Berechnungen, die sowohl Mehrausgaben für die Früherkennung als auch Minderausgaben für die Soziale Pflegeversicherung berücksichtigen, ergeben, dass sich durch die Früherkennungsuntersuchungen auf lange Sicht Minderausgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung ergeben. Da bereits eine Verzögerung von nur 6 Monaten ausreicht, um die Ausgaben für Früherkennungsuntersuchungen bei weitem zu decken (für jeweils fünf Früherkennungsuntersuchungen), führt jede weitere zeitliche Verzögerung von Pflegebedürftigkeit zu einem massiven Anstieg des Netto-Ergebnisses.

Nicht beziffert werden konnte, dass durch eine frühzeitige Identifikation von Gesundheitsrisiken die Dauer der aktiven Erwerbstätigkeit verlängert werden kann. Dies kann frühzeitige Renteneintritte wegen Erwerbsminderung verzögern und krankheitsbedingte Fehlzeiten reduzieren.

Berücksichtigt werden müssten zudem weitere Kosten, die mit einer Pflegebedürftigkeit einhergehen, wie medizinische Kosten für Arzt- und Facharztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Medikamente und Therapien oder Kosten für die informelle Pflege sowie der damit verbundene Verdienstausschlag oder Teilzeitbeschäftigung. Mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit entstehen weitere Leistungsansprüche in der sozialen Pflegeversicherung, die weitere Kosten verursachen. In dieser Modellrechnung sind rein monetäre Werte enthalten. Der immaterielle Gewinn, wie die höhere Lebensqualität der Versicherten sowie die Entlas-

tung der pflegenden Angehörigen kommen zu den erheblichen Minderausgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung hinzu.

Zu Satz 2 (Vermeidung von Pflegebedürftigkeit)

Durch eine altersgerechte Gesundheitsuntersuchung und eine frühzeitige Erkennung sollen drohende Krankheits- und Pflegerisiken identifiziert werden, bevor ein akuter Hilfebedarf entsteht. Die ärztliche Befunderhebung soll gezielt darauf ausgerichtet sein, die nach Satz 1 identifizierten altersbedingten gesundheitlichen Risiken, Belastungen und Erkrankungen zu identifizieren. Identifizierung und Befunderhebungen unterstützen die Umsetzung von § 5 Absatz 1a Nummer 2 SGB XI.

Die verpflichtende Beratung zu Präventionsmaßnahmen (z. B. Kraft- und Balancetraining) dient der Erhaltung einer eigenständigen Lebensführung und unterstützt die Umsetzung von § 4 SGB XI.

Zu Satz 3 (Verknüpfung mit § 25b)

Die Verknüpfung mit § 25b Absatz 1 und 4 SGB V soll sicherstellen, dass bei einer Bereitstellung der Hinweise die Gesundheitsuntersuchung ab 60 Jahren in ein datenbasiertes Gesamtsystem eingebettet ist. Durch den Einbezug dieser vorhandenen Daten oder vorliegender Behandlungsdokumentationen sollen auch Doppeluntersuchungen vermieden und eine lückenlose Präventionskette gewährleistet werden. Die Gesundheitsuntersuchung fungiert somit als Schnittstelle für die weitere Versorgung. Hierdurch soll auch gewährleistet werden, dass die Versicherten systematisch über ihre Ansprüche aufgeklärt und die gewonnenen Daten zur Verbesserung der Versorgungssteuerung (z. B. durch gezielte Angebote der Kranken- und Pflegekassen) genutzt werden können.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des Absatzes 2a.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des Absatzes 2a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der neue Satz in Absatz 4 regelt die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschuss für die Regelung des Turnus und des Umfangs der medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken. Die Untersuchungsinhalte nach Absatz 2a sollen gemeinsam mit der Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 angeboten werden.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des Absatzes 2a.

Zu Nummer 6 (§ 39 SGB V)

Der ergänzende Regelungsauftrag an die Vertragspartner des Rahmenvertrages nach § 39 Absatz 1 Satz 11 zur Datenübermittlungsbefugnis an die für die Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d des Elften Buches zuständige Stelle zielt darauf ab, den Erhalt und die Wiedererlangung von Fähigkeiten von pflegebedürftigen Patienten auch im Rahmen des Übergangs in die Versorgung nach stationärer Krankenbehandlung zu unterstützen. Damit soll

sichergestellt werden, dass wichtige Informationen aus dem Krankenhaus über den gesundheitlichen Zustand pflegebedürftiger Patienten, aber insbesondere auch über Potentiale zur möglichen Verbesserung bestehender Beeinträchtigungen im Rahmen der pflegerischen Beratung genutzt werden können. Liegen der Pflegebegleitung die Informationen aus dem Entlassmanagement vor, kann sie beispielsweise bei der Umsetzung empfohlener Maßnahmen unterstützen, wie der Suche nach geeigneten therapeutischen Angeboten.

Dieser ergänzende Regelungsauftrag gilt über den Verweis in § 40 Absatz 2 Satz 6 auch für die Vertragspartner des Reha-Entlassmanagements.

Zu Nummer 7 (§ 39b SGB V)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 8 (§ 40 SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung stellt klar, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei geriatrischer Indikation insbesondere dem Ziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit dienen oder deren Verschlimmerung entgegenwirken soll. Damit wird den spezifischen Bedarfen älterer, häufig morbider Versicherter Rechnung getragen, bei denen der Erhalt oder die Wiedererlangung von Selbstständigkeit von besonderer Bedeutung ist. Die Klarstellung soll auch dazu beitragen, dass das Therapieziel sowohl bei der Indikationsstellung, der Beantragung als auch bei der Durchführung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen stärker berücksichtigt wird.

Zu Buchstabe b

In Satz 18 wird die vorhandene Berichtspflicht des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) an das Bundesministerium für Gesundheit einmalig wieder aufgelegt und qualitativ um die Hürden in der Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitationsleistungen ergänzt. Hierzu zählen unter anderem strukturelle Defizite (z. B. regionale Versorgungsunterschiede), organisatorische Hindernisse (z. B. Antragsverfahren, Schnittstellenprobleme) oder individuelle Barrieren (z. B. Informationsdefizite, soziale Faktoren). Beim Bericht sind auch die Hürden in der Inanspruchnahme mobiler geriatrischer Reha besonders in den Blick zu nehmen.

Die Regelung ist erforderlich, da trotz weitreichender leistungsrechtlicher Voraussetzungen die Zahl der Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen hinter den Erwartungen zurückbleibt. Die erweiterte Datengrundlage soll dazu beitragen, gezielte Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation zu entwickeln.

Zu Nummer 9 (§ 73d SGB V)

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen als redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Artikel 4 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 3 Satz 4 SGB VI)

Folgeänderung zu § 44 Absatz 1 Satz 2 SGB XI.

Zu Nummer 2 (§ 166 Absatz 2 SGB VI)

Zu Buchstabe a

Die Regelung sieht ab dem 1. Januar 2027 eine Reduzierung der gemäß § 166 Absatz 2 Satz 1 normierten beitragspflichtigen Einnahmen auf 70 Prozent der bisherigen Werte vor, die bei einer Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen jeweils angesetzt werden. Damit einher geht auch eine entsprechende Reduzierung der Zahlung der bisherigen Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen durch die Pflegeversicherung an die gesetzliche Rentenversicherung. Leistungseinschränkungen für pflegebedürftige Personen oder Kürzungen bereits erworbener Rentenanwartschaften für Pflegepersonen sind damit nicht verbunden. Für die nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen ergeben sich für die durchgeführte Pflegetätigkeit in Zukunft allerdings jeweils entsprechend geringere Rentenanwartschaften als nach dem bisherigen Recht.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 44 Absatz 1 im Elften Buch.

Zu Artikel 5 (Änderung der Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung)

Zu Nummer 1 (§ 5 DiPAV)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegeschleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

Zu Nummer 2 (§ 19 DiPAV)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegeschleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

Zu Nummer 3 (§ 36 DiPAV)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegeschleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

Zu Artikel 6 (Änderung der Pflegeberufbeteiligungsverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu einer Änderung in Artikel 1, durch die die bisher in § 8 Absatz 4 SGB XI enthaltenen Bestimmungen nun in § 113b Absatz 11 SGB XI geregelt werden. Die dadurch erforderlich gewordene Anpassung des Verweises in § 7 Absatz 3 der Pflegeberufbeteiligungsverordnung wird mit der vorliegenden Änderung umgesetzt.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2027 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Die in Artikel 2 geregelten Anpassungen von § 55, § 56 und § 106a SGB XI treten am 1. Januar 2028 in Kraft.