

**Beschlussempfehlung und Bericht
des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

**a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 21/1511, 21/1935, 21/2146 Nr. 1.6 –**

**Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege**

**b) zu dem Antrag der Abgeordneten Simone Fischer, Dr. Janosch Dahmen,
Linda Heitmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE
GRÜNEN
– Drucksache 21/583 –**

Priorität für Pflege – Jetzt Sofortmaßnahmen ergreifen**A. Problem****Zu Buchstabe a**

Laut Bundesregierung steigt aufgrund der demografischen Entwicklung die Zahl der pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2055 auf 8,2 Millionen, was zu einer steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen und nach Pflegefachpersonen, Pflegeassistentenpersonen und auch Pflegehilfskräften führt. Gleichzeitig sinke die Zahl der Erwerbspersonen. Damit erhöhe sich der Finanzierungsdruck auf die soziale Pflegeversicherung. Zudem müssten die digitale Transformation des Gesundheitswesens und der Pflege weiter vorangetrieben und Regelungen zur sicheren Nutzung von IT aktualisiert und das E-Rezept optimiert werden.

Zu Buchstabe b

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN konstatiert eine drohende Zahlungsunfähigkeit der Pflegeversicherung und bemängelt fehlende Maßnahmen der Bundesregierung angesichts von knapp 5,6 Millionen pflegebedürftigen Leistungsbezieherinnen und -beziehern in der Pflegeversicherung. Auch kämen pfle-

gende An- und Zugehörige an ihre Belastungsgrenzen, während gleichzeitig Pflegedienste und -heime an Kapazitätsgrenzen und immer öfter auch in finanzielle Schieflage gerieten.

B. Lösung**Zu Buchstabe a**

Es müssten daher Schritte unternommen werden, um pflegerische Versorgungsstrukturen zu optimieren, Effizienzpotenziale besser auszuschöpfen, weitere Maßnahmen zur Entbürokratisierung und zur Vereinfachung geltenden Rechts einzuleiten und die Prävention vor und in der Pflege stärker in den Fokus zu rücken. Durch den Gesetzentwurf sollen die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen dahingehend stärker genutzt werden, dass diese neben Ärztinnen und Ärzten eigenständig weitergehende Leistungen und, je nach Qualifikation, bestimmte, bisher den Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Leistungen erbringen können. Dies solle zu einer Verbesserung der Versorgung und der Gesundheitsförderung führen, die Versorgung in der Fläche sicherstellen und den Pflegeberuf noch attraktiver machen.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/1511, 21/1935 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke.

Zu Buchstabe b

Die Fraktion fordert die Bundesregierung auf, Sofortmaßnahmen für die Pflege zu ergreifen, um die Pflegeversicherung finanziell zu stabilisieren, an verschiedenen Stellen zu reformieren und die Insolvenzen unter den Pflegeanbietern zu stoppen. Außerdem müsste der Pflegeberuf aufgewertet werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/583 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke.

C. Alternativen**Zu Buchstabe a**

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Annahme des Antrags.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**Zu Buchstabe a****1. Bund, Länder und Gemeinden**

Für den Bund entstehen einmalige Kosten in Höhe von rund 110 000 Euro. Der Mehrbedarf an Sach- und Personalmitteln ist finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 dauerhaft und vollständig auszugleichen. Für die Träger der Beihilfe ergeben sich aus den Leistungsanpassungen insgesamt mittelfristig Minderausgaben in Höhe von rund 11,5 Millionen Euro jährlich. Beim Bundesamt für Soziale Sicherung entsteht durch die Erweiterung der Prüfungen ein Mehraufwand in

Höhe von einer Stelle im gehobenen Dienst und jährlichen Personalkosten in Höhe von 180 000 Euro. Die Stelle wird gemäß § 46 Absatz 6 Satz 7 SGB XI (für den Bereich der Pflegekassen) bzw. § 274 Absatz 2 SGB V (für den Bereich der Krankenkassen) durch die Krankenkassen refinanziert.

2. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich mittelfristig insgesamt Minderausgaben von rund 328 Millionen Euro jährlich.

3. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Das Modellprojekt zur Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen wird pro Kalenderjahr mit 5 Millionen Euro gefördert. Es entstehen deshalb einmalige Kosten für die GKV in Höhe von jeweils 5 Millionen Euro im Jahr 2026 und im Jahr 2027.

Durch die Streichung des Erfordernisses eines elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises als Zugriffsvoraussetzung für Hilfsmittelerbringer und für die übrigen Zugriffsberechtigten auf das E-Rezept kommt es zu bei den gesetzlichen Krankenversicherungen zu Einsparungen von ca. 18 Millionen Euro alle fünf Jahre. Die Fortschreibung der Anzahl der Kindkranktage nach § 45 Absatz 2a SGB V auch für das Jahr 2026 führt zu Mehrkosten der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages für das Jahr 2026 gegenüber einem ersatzlosen Wegfall der Regelung.

Durch die Regelungen zur elektronischen Ersatzbescheinigung kommt es zu Einsparungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 3 Millionen Euro jährlich.

Zu Buchstabe b

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Der jährliche Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger beträgt etwa 53 000 Euro. Demgegenüber entstehen jährliche Entlastungen in Höhe von rund 680 000 Stunden und ca. 1,5 Millionen Euro. Dazu kommen durch mehrere Regelungen zusätzliche Entlastungswirkungen, die aktuell noch nicht beziffert werden können.

Zu Buchstabe b

Keiner.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft beträgt jährlich etwa 246 000 Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 176 000 Euro. Dem stehen jährliche Entlastungen in Höhe von etwa 98,3 Millionen Euro gegenüber, sodass rund 98,1 Millionen Euro als Entlastung im Sinne der „One in, one out“-Regel zu berücksichtigen sind.

Zu Buchstabe b

Keiner.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten**Zu Buchstabe a**

Von den oben genannten Einsparungen des jährlichen Erfüllungsaufwands der Wirtschaft gehen ungefähr 58 Millionen Euro auf Einsparungen bei Bürokratiekosten durch vereinfachte oder wegfallende Informationspflichten zurück.

Zu Buchstabe b

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung**Zu Buchstabe a**

Für den Bund entsteht kein signifikanter Erfüllungsaufwand. Die Beihilfestzugsstellen des Bundes werden jährlich um rund 325 000 Euro entlastet.

Ländern und Kommunen entsteht kein signifikanter Erfüllungsaufwand. Die Beihilfestzugsstellen der Länder werden jährlich um rund 488 000 Euro entlastet.

Zu Buchstabe b

Keiner.

Zu Buchstabe a

Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung beträgt etwa 1,1 Millionen Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 0,24 Millionen Euro. Dem stehen zu erwartende jährliche Entlastungen in Höhe von rund 40,65 Millionen Euro gegenüber.

Zu Buchstabe b

Keiner.

F. Weitere Kosten**Zu Buchstabe a**

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund 7 Prozent unter Berücksichtigung des Anteils der Beihilfeberechtigten mittelfristig Minderausgaben von rund 11,5 Millionen Euro jährlich. Auswirkungen auf Löhne und Preise, insbesondere aber auf das Verbraucherpreisniveau, ergeben sich nicht.

Zu Buchstabe b

Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/1511, 21/1935 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 21/583 abzulehnen.

Berlin, den 5. November 2025

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Tanja Machalet

Vorsitzende

Anne Janssen

Berichterstatterin

Claudia Weiss

Berichterstatterin

Claudia Moll

Berichterstatterin

Simone Fischer

Berichterstatterin

Evelyn Schötz

Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

– Drucksachen 21/1511, 21/1935 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege	Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Inhaltsübersicht	Inhaltsübersicht
Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 1 unverändert
Artikel 2 Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 2 unverändert
Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 3 unverändert
	Artikel 3a Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes	Artikel 4 unverändert
Artikel 5 Änderung des Pflegeberufegesetzes	Artikel 5 unverändert
Artikel 6 Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 6 unverändert
Artikel 7 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 7 unverändert
Artikel 8 Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 8 unverändert
Artikel 9 Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung	Artikel 9 unverändert
	Artikel 9a Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland
Artikel 10 Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes	Artikel 10 unverändert
Artikel 11 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Artikel 11 unverändert
Artikel 12 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	Artikel 12 unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 13 Änderung des Mutterschutzgesetzes	Artikel 13 unverändert
	Artikel 13a Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
	Artikel 13b Änderung der Bundespflegesatzverordnung
Artikel 14 Inkrafttreten	Artikel 14 unverändert
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBI. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 30. Mai 2024 (BGBI. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBI. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 30. Mai 2024 (BGBI. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. unverändert
a) In der Angabe zu § 5 wird nach der Angabe „Pflegeeinrichtungen“ die Angabe „und in der häuslichen Pflege“ eingefügt.	
b) Nach der Angabe zu § 17 wird die folgende Angabe eingefügt: „§ 17a Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6“.	
c) Die Angabe zu § 38a wird gestrichen.	
d) Die Angabe zu dem Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt: „Fünfter Abschnitt	
Angebote zur Unterstützung im Alltag; Weitere Leistungen bei häuslicher Pflege; Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamts, der Selbsthilfe und der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken“.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
e) In der Angabe zu § 45d wird die Angabe „Selbsthilfe“ durch die Angabe „Selbsthilfe in der Pflege“ ersetzt.	
f) Nach der Angabe zu § 45d wird die folgende Angabe eingefügt:	
„§ 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken“.	
g) Die Angabe zu dem Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:	
„Sechster Abschnitt	
Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen	
§ 45f Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	
§ 45g Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen	
§ 45h Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“.	
h) Nach der Angabe zu § 47a wird die folgende Angabe eingefügt:	
„§ 47b Aufgabenerledigung durch Dritte“.	
i) Nach der Angabe zu § 73 wird die folgende Angabe eingefügt:	
„§ 73a Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen“.	
j) Nach der Angabe zu § 86 wird die folgende Angabe eingefügt:	
„§ 86a Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen“.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
k) Die Angabe zu dem Fünften Abschnitt des Achten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:	
„Fünfter Abschnitt	
Integrierte Versorgung und Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen“.	
l) Die Angabe zu dem Sechsten Abschnitt des Achten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:	
„§ 92c Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen“.	
m) Nach der Angabe zu § 113c wird die folgende Angabe eingefügt:	
„§ 113d Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen“.	
n) Die Angabe zu § 114c wird durch die folgende Angabe ersetzt:	
„§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht“.	
o) Nach der Angabe zu § 118 wird die folgende Angabe eingefügt:	
„§ 118a Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung“.	
p) Die Angabe zu § 122 wird gestrichen.	
q) Vor der Angabe zu § 123 wird die folgende Angabe eingefügt:	
„§ 122 Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung“.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
r) Nach der Angabe zu § 125b wird die folgende Angabe eingefügt:	
„§ 125c Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung	
§ 125d Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen“.	
s) Nach der Angabe zu § 146 wird die folgende Angabe eingefügt:	
„§ 146a Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege“.	
2. § 5 wird wie folgt geändert:	2. unverändert
a) In der Überschrift wird nach der Angabe „Pflegeeinrichtungen“ die Angabe „und in der häuslichen Pflege“ eingefügt.	
b) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:	
<p>„(1a) Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen. Bei der Entwicklung und Umsetzung dieser Vorschläge sind Pflegebedürftige sowie, falls sie im Einzelfall an der Versorgung mitwirken, ambulante Pflegeeinrichtungen zu beteiligen. Teil der Umsetzung soll sein:</p>	
<p>1. die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie ihrer Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie	
2. eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.	
Zur Unterstützung der in Satz 3 genannten Umsetzung sollen die Pflegekassen eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen durchführen. Im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c, mit einer Leistungserbringung nach § 36 oder mit einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 kann eine Empfehlung für die in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausgesprochen werden. Die Bedarfserhebung, die Beratung und die Präventionsempfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständiges die Kriterien für die Verfahren nach den Sätzen 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, der wissenschaftlichen Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele.“	
c) In Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 wird jeweils die Angabe „Absatz 1“ durch die Angabe „den Absätzen 1 und 1a“ ersetzt.	
d) In Absatz 5 wird die Angabe „und“ durch die Angabe „bis“ ersetzt.	
e) Absatz 7 wird gestrichen.	
3. § 7a wird wie folgt geändert:	3. unverändert
a) Absatz 1 Satz 8 wird gestrichen.	
b) Absatz 3 Satz 2 und 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachpersonen, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.“</p>	
c) Absatz 7 Satz 4 wird gestrichen.	
d) Absatz 8 wird durch den folgenden Absatz 8 ersetzt:	
<p>„(8) Die Pflegekassen stellen eine angemessene Beratung ihrer Versicherten sicher. Die Pflegekassen im Land können hierfür einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen; sie können diese Aufgabe auch an die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung sind zu gewährleisten. Die Pflegekassen können ihre Beratungsaufgaben nach diesem Buch auch ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.“</p>	
4. § 7b Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „38a“ durch die Angabe „38“ und die Angabe „45e“ durch die Angabe „45f bis 45h“ ersetzt.	4. unverändert
5. In § 7c Absatz 2 Satz 6 Nummer 1 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.	5. unverändert
6. § 8 wird wie folgt geändert:	6. § 8 wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 3b wird der folgende Absatz 3c eingefügt:	a) unverändert
„(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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 Spaltenverband Bund der Pflegekassen und der Spaltenverband 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 Spaltenverband 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 Spaltenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spaltenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“</p>	
b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	b) unverändert
aa) In Satz 3 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) In Satz 4 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.	
c) Absatz 7 <i>Satz 4 und 5</i> wird <i>durch die folgenden Sätze ersetzt</i> :	c) Absatz 7 wird wie folgt geändert :
	aa) Die Sätze 4 und 5 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
„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; dazu gehören insbesondere:	„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; 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,	1. unverändert
2. Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal,	2. unverändert
3. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitgestaltung und Dienstplangestaltung, einschließlich Maßnahmen im Zusammenhang mit lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen, Personalpools sowie weiteren betrieblichen Ausfallkonzepten,	3. unverändert
4. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten,	4. unverändert
5. Maßnahmen zur personzentrierten und kompetenzorientierten Personalentwicklung unter Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen, einschließlich der Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten, der Personalqualifizierung und der Führung,	5. unverändert
6. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit Kunden,	6. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
7. Maßnahmen zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur sowie	7. unverändert
8. Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland.	8. unverändert
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 Führungskräfte und Beschäftigten sowie die Begleitung der Umsetzung. Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse möglich:	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 Führungskräfte und Beschäftigten sowie die Begleitung der Umsetzung. Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse 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;	1. unverändert
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.“	2. unverändert
	bb) Der neue Satz 8 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Die in den Sätzen 1 und 2 genannten Beträge sollen unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden.“
	cc) In dem neuen Satz 11 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.
	dd) In dem neuen Satz 15 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 14“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
7. § 8a Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:	7. unverändert
„(5) Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung sind von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge zu beachten.“	
8. § 9 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	8. unverändert
„Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Die Länder können bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung 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 und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte 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.“	
9. In § 10 Absatz 1 wird die Angabe „ab 2016“ durch die Angabe „ab 2029“ ersetzt.	9. unverändert
10. § 11 wird wie folgt geändert:	10. § 11 wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 1 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	a) Nach Absatz 1 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Dies schließt die Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen für die Erbringung von Leistungen nach diesem Buch ein. Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen.“	„Dies schließt die Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen für die Erbringung von Leistungen nach diesem Buch ein. Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die über eine Erlaubnis nach den §§ 1 oder 58 Absatz 1 oder 2 des Pflegeberufegesetzes oder § 64 des Pflegeberufegesetzes verfügen.“
b) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:	b) unverändert
„(1a) Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifi-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
schen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistentenzpersonen 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.“	
11. § 12 wird wie folgt geändert:	11. unverändert
a) Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Die Pflegekassen bilden zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften.“	
b) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 2 eingefügt:	
(2) 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 2 zu berücksichtigen. Die Aufgabe nach Satz 1 kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft 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 ... [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] vorzulegen.“	
c) Der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 3.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
12. Nach § 15 Absatz 7 wird der folgende Absatz 8 eingefügt:	12. u n v e r ä n d e r t
„(8) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2026 unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Medizinischen Dienstes Bund einen Bericht vor. Der Bericht ist auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage zu erstellen und hat Folgendes zu umfassen:	
1. die Darstellung der Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7, einschließlich der Beurteilung der Wirkung der zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit zu verwendenden Bewertungssystematik, sowie Vorschläge zur möglichen Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments,	
2. eine auf wissenschaftlicher Grundlage durchzuführende Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von	
a) medizinisch-pflegerischen Aspekten,	
b) demographischen Faktoren und	
c) sozioökonomischen Einflüssen.	
Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen kann für die Erstellung des Berichts Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.“	
13. § 17 wird wie folgt geändert:	13. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.	
b) In Absatz 1a Satz 3 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
14. § 17a wird durch den folgenden § 17a ersetzt:	14. § 17a wird durch den folgenden § 17a ersetzt:
„§ 17a	„§ 17a
Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6	Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6
(1) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 in Richtlinien Folgendes fest:	(1) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Juli 2026 in Richtlinien Folgendes fest:
1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit oder die Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen, gestaffelt nach Qualifikationsniveau, empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird sowie	1. unverändert
2. das Nähere zum Verfahren der Empfehlung gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.	2. unverändert
Dabei ist der nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches vereinbarte Katalog zu beachten. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.	Dabei ist der nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches vereinbarte Katalog zu beachten. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.
(2) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, 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. Die Richtlinien sind alle drei Jahre zu überprüfen und in geeigneten Zeitabständen an den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse anzupassen; für diese Verfahren gilt Absatz 1 Satz 3 entsprechend.	(2) unverändert
(3) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen.	(3) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
kungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und hinsichtlich Wirtschaftlichkeitsaspekten, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 einen Bericht über die Ergebnisse der Evaluation vor.“	kungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und hinsichtlich Wirtschaftlichkeitsaspekten, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 einen Bericht über die Ergebnisse der Evaluation vor.“
15. § 18a Absatz 10 wird wie folgt geändert:	15. unverändert
a) In Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.	
b) In Satz 3 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.	
16. § 18c wird wie folgt geändert:	16. unverändert
a) Nach Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:	
„Ist im Fall des § 18a Absatz 5 eine Mitteilung unmittelbar an das Krankenhaus, die stationäre Rehabilitationseinrichtung oder das Hospiz zulässig, hat diese unverzüglich in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen.“	
b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro und danach für jede weitere begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen.“	
bb) Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Lieg ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange gehemmt, bis der Verzögerungsgrund weggefallen ist. Wird durch den Eintritt des Verzögerungsgrundes eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 bis zum Ablauf von 15 Arbeitstagen nach Kenntnis des Medizinischen Dienstes oder der Pflegekasse über den Wegfall des Verzögerungsgrundes gehemmt.“	
17. § 18e wird wie folgt geändert:	17. unverändert
<p>a) In Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „Pflegekassen“ die Angabe „oder dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für seine Mitgliedskassen“ eingefügt.</p> <p>b) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:</p>	
<p>„(6) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt bis zum 30. Juni 2026 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder fachlich unabhängige Sachverständige mit der Durchführung eines Modellvorhabens nach den Absätzen 1 bis 5. In dem Modellvorhaben ist zu prüfen,</p>	
<p>1. unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Pflegefachpersonen, die Leistungen nach diesem oder nach dem Fünften Buch erbringen, mit der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18, 18a, 18b und 142a hinsichtlich der von ihnen versorgten Personen beauftragt werden können,</p>	
<p>2. ob und inwieweit sich die Feststellungen und Empfehlungen der in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen von den gutachterlichen Feststellungen und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes, insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads, bezogen auf vergleichbare Gruppen von Pflegebedürftigen unterscheiden und</p>	
<p>3. ob die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Empfehlung eines Pflegegrads sowie weitere Feststellungen und Empfehlungen durch Pflegefachpersonen zukünftig regelhaft erfolgen</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
sollen und wie die regelhafte Durchführung von Feststellungen und Empfehlungen zur Pflegebedürftigkeit durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen zukünftig umgesetzt werden kann, insbesondere	
a) für welche Antrags- und Versorgungssituationen eine Übernahme von Aufgaben im Sinne von Nummer 1 in Betracht käme,	
b) welche nach § 18b zu treffenden Feststellungen und Empfehlungen für welche Gruppen von Pflegebedürftigen durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen getroffen werden könnten und	
c) welche Veränderungen im Verfahren der Begutachtung unter Bezugnahme auf die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 Satz 1 dafür erforderlich wären; es ist gesondert darauf einzugehen, wie die Begutachtung neutral und unabhängig erfolgen kann.	
Die Medizinischen Dienste sind bei der Durchführung des Modellvorhabens zu beteiligen. Der Medizinische Dienst Bund hat einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht zu verfassen. Der Zwischenbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb eines Monats nach Fertigstellung vorzulegen. Der Abschlussbericht hat eine abschließende und begründete Empfehlung zu beinhalten und ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2028 vorzulegen.“	
	17a. § 25 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:
	„(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen
	1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
	2. nicht nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Absatz 3 versicherungspflichtig sind,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
	4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
	5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet.
	§ 7 Absatz 1 Satz 3 und 4 und Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Absatz 1 Satz 3 bis 8 des Fünften Buches gelten entsprechend.“
18. § 28 wird wie folgt geändert:	18. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Nummer 3a wird gestrichen.	
bb) Nach Nummer 13 werden die folgenden Nummern 14 und 15 eingefügt: „14. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45f),	
15. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c (§ 45h),“. cc) Die bisherige Nummer 14 wird zu Nummer 16.	
b) In Absatz 1b wird jeweils die Angabe „§ 45e“ durch die Angabe „§ 45g“ ersetzt.	
c) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:	
„(5) In stationären Pflegeeinrichtungen schließen die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach diesem Buch die in § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Fünften Buches genannten Leistungen ein, wenn diese durch in § 15a des Fünften Buches genannte Pflegefachpersonen im Rahmen der Beschäftigung der Pflegefachpersonen bei der Pflegeeinrichtung erbracht werden. Satz 1 gilt nicht, soweit die Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch erbracht werden.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
19. § 28a wird wie folgt geändert:	19. u n v e r ä n d e r t
a) Nummer 3 wird gestrichen.	
b) Die Nummern 4 bis 12 werden zu den Nummern 3 bis 11.	
c) Nach der neuen Nummer 11 wird die folgende Nummer 12 eingefügt:	
„12. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45f.“.	
d) Nummer 13 wird durch die folgenden Nummern 13 und 14 ersetzt:	
„13. die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45g nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b,	
14. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, soweit die Leistungen gemäß § 45h bei Pflegegrad 1 zur Anwendung kommen.“	
20. § 34 wird wie folgt geändert:	20. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 wird die Angabe „sechs“ durch die Angabe „acht“ ersetzt.	
b) In Absatz 2 Satz 2 wird jeweils die Angabe „vier“ durch die Angabe „acht“ ersetzt.	
c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:	
„(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht	
1. für die Dauer der häuslichen Krankenpflege,	
2. bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr,	
3. bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie	
4. in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
21. § 36 wird wie folgt geändert:	21. unverändert
a) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:	
„(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat	
1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 796 Euro,	
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 497 Euro,	
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 859 Euro,	
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 299 Euro.“	
b) Nach Absatz 4 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:	
„Dabei sind auch Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen möglich.“	
22. § 37 wird wie folgt geändert:	22. unverändert
a) Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat	
1. 347 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,	
2. 599 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,	
3. 800 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,	
4. 990 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“	
b) Absatz 3 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen; Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 können	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen.“	
c) Absatz 3a wird durch den folgenden Absatz 3a ersetzt:	
<p>„(3a) Die Beratung nach Absatz 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen Hilfestellung und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Wird im Rahmen der Beratung festgestellt, dass zur Stärkung der Selbständigkeit oder zur Sicherstellung der Versorgung des Pflegebedürftigen oder zur Entlastung der häuslich Pflegenden aus pflegefachlicher Sicht weitere Maßnahmen erforderlich oder zweckdienlich sind, so sind der Pflegebedürftige und die häuslich Pflegenden im Sinne einer planvollen Unterstützung unter Berücksichtigung der jeweiligen Pflegesituation und zur Vermeidung schwieriger Pflegesituationen insbesondere hinzuweisen auf</p>	
1. die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes,	
2. die Pflegeberatung nach § 7a einschließlich der Möglichkeit der Erstellung eines Versorgungsplans,	
3. die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, und	
4. sonstige geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote.	
Die Beratungsperson soll der jeweiligen Pflegesituation entsprechende Empfehlungen zur Inanspruchnahme der in Satz 2 genannten Möglichkeiten oder zu deren Kombination aussprechen und diese Empfehlungen mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in den Nachweis über einen Beratungsbesuch nach Absatz 4 aufnehmen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme der in Satz 2 genannten Möglichkeiten zeitnah zu unterstützen.“	
d) In Absatz 3b Nummer 3 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
e) Absatz 3c wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 einschließlich damit verbundener betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger.“	
bb) In Satz 2 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.	
f) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.	
bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:	
„Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachpersonen übermitteln den in Satz 1 genannten Stellen das Nachweisformular im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; das Nähere zum Verfahren regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer.“	
g) Absatz 5a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch, einschließlich der Erkenntnisse zu der Umsetzung der Empfehlungen nach Absatz 3a Satz 3 und 4, durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen.“	
23. § 38a wird gestrichen.	23. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	23a. § 39 Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege ist nicht erforderlich; die Übernahme der Ersatzpflegekosten setzt voraus, dass ein Antrag auf Erstattung unter Nachweis der Kosten bis zum Ablauf des Kalenderjahres gestellt wird, das auf die jeweilige Durchführung der Ersatzpflege folgt.“
24. In § 39a wird die Angabe „, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat,“ gestrichen.	24. unverändert
25. § 40 wird wie folgt geändert:	25. unverändert
a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.	
b) Absatz 2 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42 Euro nicht übersteigen.“	
c) Absatz 4 Satz 2 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4 180 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4 180 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16 720 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.“	
d) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:	
„(6) Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfs-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>mittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachperson bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung der Pflegefachperson darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer vertragsärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches oder einer Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatz 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. In welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung nach Satz 2 vermutet wird sowie das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die Pflegefachperson bei Antragstellung, bestimmt sich nach den Festlegungen in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 17a.“</p>	
e) In Absatz 7 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.	
26. § 40a wird wie folgt geändert:	26. unverändert
a) Absatz 1a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
<p>„Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und entweder die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende entlasten.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommen sind, und wird ab dem von den Vertragsparteien vereinbarten Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung wirksam.“	
bb) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Innerhalb der Frist hat die Pflegekasse eine Prüfung vorzunehmen und eine unbefristete Bewilligung zu erteilen, wenn die Prüfung ergibt, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung gemäß den Absätzen 1 oder 1a bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird.“	
27. § 40b Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	27. unverändert
„(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, so hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf	
1. die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat und	
2. ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat.“	
28. § 41 Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	28. unverändert
„Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat	
1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 721 Euro,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1 357 Euro,	
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1 685 Euro,	
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 2 085 Euro.“	
29. § 43 wird wie folgt geändert:	29. unverändert
a) Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Der Anspruch beträgt je Kalendermonat	
1. 805 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,	
2. 1 319 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,	
3. 1 855 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,	
4. 2 096 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“	
b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:	
„(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich.“	
30. In § 43a Satz 2 wird die Angabe „266 Euro“ durch die Angabe „278 Euro“ ersetzt.	30. unverändert
	30a. § 43c Satz 6 und 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Die Pflegekasse berechnet ab dem 1. Juli 2026 den Leistungszuschlag auf Grundlage von Informationen der vollstationären Pflegeeinrichtung, die die pflegebedürftige Person versorgt. Art und Umfang der an die Pflegekasse zu übermittelnden Informationen werden im Rahmen der Festlegungen nach § 105 Absatz 2 Satz 1 bestimmt. Die Pflegekasse entrichtet den berechneten Leistungszuschlag gegenüber der Pflegeeinrichtung. Die Pflegeeinrichtung stellt der von ihr versorgten pflegebedürftigen Person den verbleibenden Eigenanteil in Rechnung.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
31. § 44a wird wie folgt geändert:	31. unverändert
a) Nach Absatz 1 Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:	
„Verstirbt der Pflegebedürftige innerhalb der Pflegezeit, werden die Zuschüsse nach Satz 1 bis zum Ende der Pflegezeit gewährt.“	
b) In Absatz 3 Satz 3 wird nach der Angabe „Bescheinigung“ die Angabe „oder der Bescheinigung einer Pflegefachperson“ eingefügt.	
32. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vier-ten Kapitels wird durch die folgende Überschrift ersetzt:	32. unverändert
„Fünfter Abschnitt	
Angebote zur Unterstützung im Alltag; Weitere Leistungen bei häuslicher Pflege; Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamts, der Selbsthilfe und der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken“.	
33. § 45b Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	33. unverändert
„Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich.“	
34. § 45c wird wie folgt geändert:	34. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen.	
bb) In dem neuen Satz 3 wird nach der Angabe „gewährleisten“ die Angabe „; eine Förderung kann dabei auch zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit erfolgen“ eingefügt.	
b) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:	
„(5) Im Rahmen der Förderung von Modellvorhaben nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer Weiterentwicklung und einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonde-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>rem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, in einzelnen Regionen erprobt werden. Das schließt auch Pflegebedürftige am Lebensende mit ein. Ebenso sollen insbesondere Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht weiterentwickelt und erprobt werden. Dabei können jeweils auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristeten. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.“</p>	
<p>c) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen“ durch die Angabe „Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden“ ersetzt.</p>	
<p>d) Nach Absatz 8 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:</p>	
<p>„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesamt für Soziale Sicherung Festlegungen für das Verfahren zur Abwicklung der Förderung, insbesondere zur Erteilung der Förderzusagen, zur Aufhebung von Förderentscheidungen und zur Rückforderung von Fördermitteln zugunsten des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung, beschließen. Die Länder sind vor dem Beschluss anzuhören und ihr Vorbringen ist zu berücksichtigen. Soweit Belange von Fördermittelempfangenden betroffen sind, sind auch die Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene vor dem Beschluss anzuhören.“</p>	
<p>e) Absatz 9 wird gestrichen.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
35. § 45d wird durch die folgenden §§ 45d und 45e ersetzt:	35. unverändert
„§ 45d	
Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung	
<p>(1) Zum Auf- und Ausbau und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben, werden je Kalenderjahr Fördermittel im Umfang von 0,21 Euro pro in der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versichertem zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe können auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten; eine Förderung kann dabei auch zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit erfolgen.</p>	
<p>(2) Selbsthilfegruppen im Sinne dieser Vorschrift sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige oder vergleichbar Nahestehende das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. Selbsthilfekontaktestellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern.</p>	
<p>(3) Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden zur Förderung der in Absatz 1 genannten Zwecke Mittel im Umfang von 0,16 Euro pro Versichertem nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt, um Zu-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
schüsse zu finanzieren, die eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft ergänzen. Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung wird dabei jeweils in Höhe von 75 Prozent der Fördermittel gewährt, die für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet werden.	
(4) Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,05 Euro pro Versichertem zur Verfügung gestellt, um bundesweite Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu fördern sowie um Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktestellen zu gewähren, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf; die Gewährung insbesondere von Gründungszuschüssen im Rahmen einer Förderung nach Absatz 3 bleibt davon unberührt. Die Förderung nach Satz 1 ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktestellen unmittelbar beim Spaltenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. Durch den Spaltenverband Bund der Pflegekassen soll eine Bewilligung der Fördermittel in der Regel jeweils für einen Zeitraum von fünf Jahren, mindestens aber für einen Zeitraum von drei Jahren erfolgen, es sei denn, dass sich aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls ein kürzerer Förderzeitraum ergibt. Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung für bundesweite Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktestellen erneut bewilligt werden. Um eine sachgerechte Verteilung der Fördermittel zu gewährleisten, kann der Spaltenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Kriterien zur Vergabe der Fördermittel beschließen. Im Rahmen der Entwicklung der Kriterien sind die in der Selbsthilfe tätigen Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu beteiligen. Der Beschluss der Kriterien bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel werden im Übrigen in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(5) Für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet, das schließt eine entsprechende Anwendung von § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4, Absatz 6 Satz 2 bis 9, Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 ein. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zu bestimmen, soweit die Empfehlungen sich auf Inhalte einer Förderung im Rahmen des Absatzes 3 beziehen.	
(6) Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches erfolgt.	
§ 45e	
Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken	
(1) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen sowie zur Stärkung der Prävention nach § 5 werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung je Kalenderjahr 20 Millionen Euro bereitgestellt, um die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 2 zu fördern. § 45c Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Fördermittel, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1. Folgende Summen an Fördermitteln können für die Finanzierung einer Geschäftsstelle sowie für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach Absatz 5 verwendet werden:	
1. im Jahr 2026 bis zu 200 000 Euro,	
2. im Jahr 2027 bis zu 300 000 Euro,	
3. im Jahr 2028 bis zu 400 000 Euro und	
4. in den Jahren 2029 bis 2031 bis zu höchstens 500 000 Euro jährlich.	
(2) Die in Absatz 1 genannten Mittel können für die finanzielle Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Den Kreisen und kreisfreien Städten und den Bezirken der Stadtstaaten Berlin und Hamburg, den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie den organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des § 45c Absatz 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.</p>	
<p>(3) Gefördert werden können</p>	
<p>1. je Kreis oder kreisfreier Stadt mit unter 500 000 Einwohnern bis zu zwei regionale Netzwerke,</p>	
<p>2. je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke,</p>	
<p>3. in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, pro Bezirk bis zu zwei regionale Netzwerke.</p>	
<p>Der Förderbetrag pro regionalem Netzwerk darf jeweils 30 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Die Fördermittel werden dem jeweiligen regionalen Netzwerk für mindestens ein Kalenderjahr und längstens für drei Kalenderjahre bewilligt; bei neu gegründeten Netzwerken soll die Förderung für drei Kalenderjahre bewilligt werden. Bei erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. § 45c Absatz 7 Satz 1 und 3 und Absatz 8 findet entsprechende Anwendung.</p>	
<p>(4) Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke und stellen diese der Geschäftsstelle nach Absatz 5 zur Verfügung. Die jährlichen Übersich-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ten sind durch die Geschäftsstelle auf einer eigenen Internetseite gebündelt zu veröffentlichen.	
<p>(5) Die in Absatz 1 Satz 4 genannten Mittel werden in den Jahren 2026 bis 2031 für die Finanzierung einer Geschäftsstelle zur Unterstützung von Netzwerkgründungen, der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken, der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke sowie für eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle verwendet. Die Geschäftsstelle wird vom Spaltenverband Bund der Pflegekassen bis zum ... [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit errichtet. Die Errichtung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen hat zudem eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Näheres über das Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Förderung und zur Auszahlung der Fördermittel regeln das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spaltenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.“</p>	
36. Der Sechste Abschnitt des Vierten Kapitels wird durch den folgenden Sechsten Abschnitt ersetzt:	36. unverändert
„Sechster Abschnitt	
Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen	
§ 45f	
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	
(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 224 Euro monatlich, wenn	
1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 sind,	
2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen, sofern es sich um Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 handelt,	
3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und	
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfelds sichergestellt werden kann.	
Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.	
(2) Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen des Absatzes 1 folgende Daten zu verarbeiten und bei dem Antragsteller folgende Unterlagen anzufordern:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfüllt sind,	
2. die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,	
3. den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,	
4. Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und	
5. die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.	
§ 45g	
Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen	
<p>(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die in der neuen Wohngruppe Anspruch auf Leistungen nach § 45f haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 613 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 452 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen des § 45f Absatz 1 Satz 1 zu stellen. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.</p>	
<p>(2) Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.	
§ 45h	
Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c	
(1) Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege.	
(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung gemäß § 36. Wenn der Sachleistungsanspruch nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht Anspruch auf anteiliges Pflegegeld gemäß § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37.	
(3) Neben den Ansprüchen nach den Absätzen 1 und 2 können Leistungen gemäß den §§ 7a, 39a, 40 Absatz 1 und 2 sowie den §§ 40a, 40b, 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 zur Höhe des Leistungsbeitrags nach § 42 Absatz 2 Satz 2.	
(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4.“	
37. Nach § 47a wird der folgende § 47b eingefügt:	37. unverändert
„§ 47b	
Aufgabenerledigung durch Dritte	
Pflegekassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaften oder den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte und Interessen	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. We sentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. § 88 Absatz 3 und 4 und die §§ 89 bis 92 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend.“	
38. In § 53b Satz 2 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.	38. unverändert
39. § 55 wird wie folgt geändert:	39. unverändert
a) Absatz 3a wird durch den folgenden Absatz 3a ersetzt:	
„(3a) Die Elterneigenschaft sowie die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren müssen gegenüber der beitragsabführenden Stelle, bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen sein, sofern diesen die Angaben nicht bereits bekannt sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen im Hinblick darauf, welche Nachweise geeignet sind. Nachweise, die über das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a erbracht werden, sind im Fall der Geburt eines Kindes ab Beginn des Monats der Geburt, ansonsten ab Eintritt eines vergleichbaren Ereignisses, das eine beitragsrechtliche Zuordnung als Kind nach dieser Vorschrift begründet, zu berücksichtigen. Gleichermaßen gilt für Nachweise, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a erfolgen, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt des Kindes oder dem Eintritt eines vergleichbaren Ereignisses erbracht werden. Ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen sind berechtigt, entsprechende Nachweise anzufordern.“	
b) Die Absätze 3b bis 3d werden gestrichen.	
	39a. In § 57 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 3 bis 5“ durch die Angabe „Absatz 3 bis 6“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
40. § 69 wird durch den folgenden § 69 ersetzt:	40. unverändert
„§ 69	
Sicherstellungsauftrag	
<p>(1) Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern. Dabei sind die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.</p>	
<p>(2) Bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 haben die Pflegekassen insbesondere Erkenntnisse aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation, aus den Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 sowie Erkenntnisse aus Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 zu berücksichtigen. Ist es zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags erforderlich, haben die Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegepersonen gemäß § 77 Absatz 1 abzuschließen oder diese gemäß § 77 Absatz 2 selbst anzustellen.“</p>	
41. § 71 wird wie folgt geändert:	41. unverändert
a) In den Absätzen 1 und 2 Nummer 1 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.	
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz 1 ersetzt:	
„Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachperson im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als	
1. Pflegefachfrau, Pflegefachmann oder Pflegefachperson,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,	
3. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder	
4. Altenpflegerin oder Altenpfleger eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich.“	
bb) In den Sätzen 2 bis 5 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.	
42. § 72 wird wie folgt geändert:	42. § 72 wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:	a) unverändert
„(1a) Vor Abschluss des Versorgungsvertrages sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 zu beachten. Sollten vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen.“	
b) In Absatz 3b Satz 6 wird die Angabe „innerhalb von zwei Monaten“ durch die Angabe „innerhalb von drei Monaten“ ersetzt.	b) unverändert
c) Absatz 3e wird durch den folgenden Absatz 3e ersetzt:	c) unverändert
„(3e) Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. Juli jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:	
1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,	
2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. Juli	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind.</p>	
<p>Der Mitteilung ist die jeweils am 1. Juli des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen. Tritt nach der Mitteilung nach Satz 1 eine Änderung im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen diese Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich die aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln.“</p>	
<p>d) Absatz 3f wird durch den folgenden Absatz 3f ersetzt:</p>	<p>d) Absatz 3f wird durch den folgenden Absatz 3f ersetzt:</p>
<p>„(3f) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember 2025 die Wirkungen der Regelungen der Absätze 3a und 3b und des § 82c. Im Rahmen der Evaluation ist bis spätestens 30. Juni 2026 auch zu prüfen, inwiefern das Verfahren und die Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus vereinfacht werden können.“</p>	<p>„(3f) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember 2025 die Wirkungen der Regelungen der Absätze 3a und 3b und des § 82c. Im Rahmen der Evaluation ist bis spätestens 31. Dezember 2026 auch zu prüfen, inwiefern das Verfahren und die Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus vereinfacht werden können.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
43. Nach § 73 wird der folgende § 73a eingefügt:	43. unverändert
„§ 73a	
Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen	
<p>(1) Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese Beeinträchtigung umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuziegen. Es genügt die Anzeige an einen als Partei des Versorgungsvertrages beteiligten Landesverband der Pflegekassen. Die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.</p>	
<p>(2) Bei Anzeigen nach Absatz 1 haben die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung und den weiteren an der pflegerischen Versorgung vor Ort Beteiligten Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen. Die Maßnahmen sind in Abstimmung mit den weiteren zuständigen Stellen, insbesondere den nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, umzusetzen. Dabei können vorübergehend auch Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung und deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch durch die Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe hingenommen werden. Bei nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen sind die bestehenden Instrumente und Mittel des Vertragsrechts anzuwenden.</p>	
<p>(3) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erstmals zum Stichtag 1. März 2026 und danach halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie der Pflegeplätze in den einzelnen stationären Versorgungsbereichen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und spätestens sechs Wochen nach dem Stichtag vorzulegen. Er ist anschließend vom Spaltenverband Bund der Pflegekassen zu veröffentlichen. Der Bericht enthält neben den Angaben nach den Sätzen 1 und 2 auch</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Bewertungen zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern.“	
44. In § 74 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.	44. unverändert
45. § 75 wird wie folgt geändert:	45. unverändert
a) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:	
„(1a) Bei Verhandlungen haben die Vereinbarungspartner des Absatzes 1 zu prüfen, inwieweit Anforderungen effizient ausgestaltet werden können.“	
b) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.	
	45a. § 76 Absatz 2 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und in der Regel bis zu zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden.“
46. In § 78 Absatz 2 Satz 8 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe und der“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Verbände der“ ersetzt.	46. unverändert
47. § 78a wird wie folgt geändert:	47. § 78a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	a) unverändert
„Die Vereinbarungen gelten ab dem darin vereinbarten Zeitpunkt.“	
b) Absatz 4 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	b) unverändert
„Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Pflegeanwendung	
1. die in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 geregelten Anforderungen an die Sicherheit, Funktions-tauglichkeit und Qualität erfüllt,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. die Anforderungen an den Datenschutz erfüllt und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und	
3. im Sinne der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 einen pflegerischen Nutzen im Sinne des § 40a Absatz 1 oder 1a aufweist.“	
c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	c) unverändert
aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor und hat der Hersteller keine Erprobung nach Absatz 6a beantragt, ist der Antrag abzulehnen.“	
bb) Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, über die erforderlichen ergänzenden Unterstützungsleistungen.“	
d) Absatz 6 wird durch <i>die</i> folgenden <i>Absätze 6 und 6a</i> ersetzt:	d) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:
„(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu	„(6) unverändert
1. den Inhalten des Verzeichnisses, dessen Veröffentlichung, der Interoperabilität des elektronischen Verzeichnisses mit elektronischen Transparenzportalen Dritter und der Nutzung der Inhalte des Verzeichnisses durch Dritte,	
2. den Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität, einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität, den Datenschutz und die Datensicherheit, sowie das Nähere zu dem pflegerischen Nutzen im Sinne des § 40a Absatz 1 oder 1a,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. den anzeigenpflichtigen Veränderungen der digitalen Pflegeanwendung einschließlich deren Dokumentation,	
4. den Einzelheiten des Antrags- und Anzeigenverfahrens sowie des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte,	
5. dem Schiedsverfahren nach Absatz 1 Satz 3, insbesondere der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, der Erstattung der baren Auslagen und der Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, dem Verfahren, dem Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit und der Vertreter der Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen maßgeblich sind, an den Sitzungen der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3 sowie der Verteilung der Kosten,	
6. den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten und Auslagen,	
7. den nach Absatz 6a Satz 2 zur Erprobung beizufügenden Unterlagen.	
	e) Nach Absatz 6 wird der folgende Absatz 6a eingefügt:
(6a) Ist dem Hersteller noch nicht möglich, einen pflegerischen Nutzen im Sinne des § 40a Absatz 1 oder 1a nachzuweisen, so kann er nach Absatz 4 auch beantragen, dass die digitale Pflegeanwendung ab dem in Absatz 1 Satz 2 zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Zeitpunkt für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis nach Absatz 3 zur Erprobung aufgenommen wird. Der Hersteller hat dem Antrag folgende Unterlagen beizufügen:	„(6a) unverändert
1. Nachweise nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 und 2,	1. unverändert
2. eine plausible Begründung für den pflegerischen Nutzen und	2. unverändert
3. ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches	3. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Evaluationskonzept zum Nachweis des pflegerischen Nutzens.	
Über die Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 zur Erprobung entscheidet das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte durch Bescheid. Die Erprobung und ihre Dauer sind im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen kenntlich zu machen. Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums den Nachweis des pflegerischen Nutzens der erprobten digitalen Pflegeanwendung vorzulegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. Ist der pflegerische Nutzen nicht hinreichend belegt, besteht aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung, so kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Zeitraum der vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung um bis zu zwölf Monate verlängern. Lehnt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Aufnahme in das Verzeichnis endgültig ab, so hat es die zur Erprobung vorläufig aufgenommene digitale Pflegeanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung nach Absatz 4 ist fruestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und auch nur dann zulässig, wenn neue Nachweise vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung ist nicht zulässig. Soweit in diesem Absatz nichts anderes bestimmt ist, gelten die Absätze 1 bis 6 und 7 bis 9 entsprechend.“	unverändert
	47a. In § 82b Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Unterstützung“ die Angabe „durch An- und Zugehörige oder Dritte“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
48. § 82c wird wie folgt geändert:	48. unverändert
a) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „31. Oktober“ durch die Angabe „30. September“ ersetzt.	
b) Nach Absatz 6 Satz 9 wird der folgende Satz eingefügt:	
„Die Geschäftsstelle hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 28. Februar 2026 zu berichten, unter welchen technischen Voraussetzungen Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von § 72 Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, die verpflichtenden Meldungen nach § 72 Absatz 3e Satz 1 auch aus den ihnen verfügbaren Daten ihrer Lohnbuchhaltung elektronisch übermitteln könnten.“	
49. § 84 Absatz 2 Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	49. § 84 Absatz 2 Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art, Größe und Entlohnung der Mitarbeitenden sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; Vergleichsdaten sind transparent darzustellen.“	„Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; Vergleichsdaten sind transparent darzustellen.“
50. In § 85 Absatz 5 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende die Angabe „; der Antrag kann auch gemeinsam von den Vertragsparteien vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden“ eingefügt.	50. unverändert
51. Nach § 86 wird der folgende § 86a eingefügt:	51. Nach § 86 wird der folgende § 86a eingefügt:
„§ 86a	„§ 86a
Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen	Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen
(1) Aufforderungen zu Pflegesatzverhandlungen sollen rechtzeitig vor Beginn des angestrebten Pflegesatzzeitraumes bei den Kostenträgern nach § 85 Absatz 2 Satz 1 eingereicht werden. Diese bestimmen umgehend eine verbindliche Ansprechperson und teilen diese unverzüglich dem Träger der Pflegeeinrichtung mit. Nachweisforderungen gemäß § 85 Absatz 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen sind zeitnah nach Antragseingang zu stellen und zu bedienen.	(1) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Die Ansprechperson nach Satz 2 kann befugt werden, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben.	
(2) Die der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegten maßgeblichen Annahmen und Werte sind derart zu hinterlegen oder auszuweisen, dass diese bei künftigen Anpassungen, auch in vereinfachten Anpassungsverfahren, für die Parteien leicht zugänglich sind. Die Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land sowie die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 können entsprechende Empfehlungen für vereinfachte Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.	(2) unverändert
(3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum ... [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] abzugeben. Die Empfehlungen betreffen insbesondere	(3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum ... [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] abzugeben. Die Empfehlungen betreffen insbesondere
1. die Anforderungen an geeignete Nachweise nach § 85 Absatz 3 zur Darlegung der voraussichtlichen Personal- und Sachaufwendungen einschließlich entsprechender Formulare zur Aufbereitung der Daten,	1. unverändert
2. geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- oder Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leicht zugänglich sind,	2. unverändert
3. Methoden für vereinfachte Anpassungsverfahren bezogen auf Einzel- und Gruppenverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte bei der Vereinbarung von Pauschalen <i>und</i>	3. Methoden für vereinfachte Anpassungsverfahren bezogen auf Einzel- und Gruppenverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte bei der Vereinbarung von Pauschalen,
	4. die Berücksichtigung nicht anderweitig gedeckter Aufwendungen sowie von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Unterstützung nach § 82b und
4. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.	5. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.
In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppen-	In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppen-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>verfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen. Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können von Satz 2 abweichende Vorgaben in ihren Rahmenverträgen vereinbaren; im Übrigen sind die Empfehlungen nach Satz 2 für die Parteien der Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen unmittelbar verbindlich.</p>	<p>verfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen. Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können von Satz 2 abweichende Vorgaben in ihren Rahmenverträgen vereinbaren; im Übrigen sind die Empfehlungen nach Satz 2 für die Parteien der Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen unmittelbar verbindlich.</p>
<p>(4) Kommen die Empfehlungen nach Absatz 3 innerhalb der in Absatz 3 Satz 1 genannten Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestellung fest.</p>	<p>(4) unverändert</p>
<p>(5) Die Empfehlungen nach Absatz 3 können, bevor sie insgesamt gecint sind, auch in Teilen abgegeben werden; hinsichtlich der Anwendung gilt bis zur Gesamteinigung Absatz 3 Satz 4 entsprechend. Die Empfehlungen sind von den Beteiligten anlassbezogen und in regelmäßigen Abständen auf Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf zu überprüfen.“</p>	<p>(5) unverändert</p>
<p>52. § 87a Absatz 4 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:</p>	<p>52. unverändert</p>
<p>„Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 3 085 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist.“</p>	
<p>53. In § 89 Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „§ 85 Absatz 3 bis 7 und § 86“ durch die Angabe „§ 85 Absatz 3 bis 7, die §§ 86 und 86a“ ersetzt.</p>	<p>53. unverändert</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
54. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird durch die folgende Überschrift ersetzt:	54. unverändert
„Fünfter Abschnitt	
Integrierte Versorgung und Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen“.	
55. Der Sechste Abschnitt des Achten Kapitels wird durch den folgenden § 92c ersetzt:	55. Der Sechste Abschnitt des Achten Kapitels wird durch den folgenden § 92c ersetzt:
„§ 92c	„§ 92c
Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen	Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen
(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen können Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und mit den Landesverbänden der Krankenkas- sen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheit- lich schließen. Die Verträge regeln auf der Grund- lage der Empfehlungen nach Absatz 5 und unter entsprechender Anwendung von § 89	(1) unverändert
1. ein Basispaket mit körperbezogenen Pflege- maßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaß- nahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36, deren Organisation eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsin- anspruchnahme der Pflegebedürftigen über- nommen und deren Erbringung insgesamt si- chergestellt wird,	1. unverändert
2. eine über das Basispaket in Nummer 1 nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36, die über die ambu- lante Pflegeeinrichtung gewährleistet wird; diese Leistungen können auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch Angehörige, Pflege- personen und ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbringen,	2. unverändert
3. eine Versorgung mit Leistungen der häusli- chen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften	3. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Buches als Teil des in Nummer 1 genannten Basispaketes sowie eine nach Art und Inhalt über das Basispaket hinausgehende Versorgung mit diesen Leistungen,	
4. die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 1 bis 3,	4. unverändert
5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie die Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a und	5. unverändert
6. die Vergütung und Abrechnung der Leistungen nach den Nummern 1 bis 3 unter Einbezug der bestehenden Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen; hinsichtlich der in den Nummern 1 und 3 genannten Basispakte ist § 87a Absatz 1 entsprechend anzuwenden.	6. unverändert
Bei der Vereinbarung einer Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Satz 2 Nummer 3, die über das Basispaket hinausgehen, sind die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde zu legen; § 132a Absatz 4 Satz 1 bis 10 und 16 bis 18 des Fünften Buches gilt entsprechend.	Bei der Vereinbarung einer Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Satz 2 Nummer 3, die über das Basispaket hinausgehen, sind die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde zu legen; § 132a Absatz 4 Satz 1 bis 10 und 16 bis 18 des Fünften Buches gilt entsprechend.
(2) Voraussetzung für den Vertragsabschluss nach Absatz 1 ist, dass	(2) Voraussetzung für den Vertragsabschluss nach Absatz 1 ist, dass
1. mehr als zwei pflegebedürftige Personen zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben und die räumliche Gestaltung einer selbstbestimmten Versorgung entspricht und	1. unverändert
2. eine qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung für die Pflegebedürftigen auf Grundlage eines entsprechenden Versorgungskonzeptes sowie ein aufgaben- und kompetenzorientierter Personaleinsatz sichergestellt ist.	2. unverändert
Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 die Verantwortung für die Qualität der Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 in der gemeinschaftlichen Wohnform, die von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation von einem Pflegedienst im Sinne des § 71 Absatz 1 oder von einem Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Absatz 1a erbracht werden. Betreuungsdienste im Sinne des § 71 Absatz 1a können keine Verträge nach Absatz 1 Satz 1 schließen. Träger von stationären Pflegeeinrichtun-	Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 die Verantwortung für die Qualität der Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 in der gemeinschaftlichen Wohnform, die von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation von einem Pflegedienst im Sinne des § 71 Absatz 1 oder von einem Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Absatz 1a erbracht werden. Betreuungsdienste im Sinne des § 71 Absatz 1a können keine Verträge nach Absatz 1 Satz 1 schließen. Träger von stationären Pflegeeinrichtun-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>gen, die gleichzeitig Träger einer selbständig wirtschaftenden ambulanten Pflegeeinrichtung sind, können einen Vertrag nach Absatz 1 für diese ambulante Pflegeeinrichtung schließen. Hierfür ist der Weg über einen Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2 Satz 1 eröffnet.</p>
<p>(3) Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgelegt. Der Schiedsstelle gehören in diesem Fall auch Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden.</p>	<p>(3) unverändert</p>
<p>(4) Bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens gemäß Artikel 14 Absatz 1] geschlossene Verträge auf Basis der Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch können auf Verlangen des Einrichtungsträgers bis zum Vorliegen der Empfehlungen nach Absatz 5 sowie der Ergebnisse der Modellerprobung gemäß § 125d verlängert werden und sind nach deren Vorliegen innerhalb von zwölf Monaten anzupassen.</p>	<p>(4) Träger von ambulanten Pflegeeinrichtungen sind nicht zum Abschluss eines Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens gemäß Artikel 14 Absatz 1] geschlossene Verträge auf Basis der Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch können auf Verlangen des Einrichtungsträgers bis zum Vorliegen der Empfehlungen nach Absatz 5 sowie der Ergebnisse der Modellerprobung gemäß § 125d verlängert werden und sind nach deren Vorliegen innerhalb von zwölf Monaten anzupassen.</p>
<p>(5) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen, der Spaltenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spaltenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] Empfehlungen zu den Vertragsinhalten und Vertragsvoraussetzungen nach den Absätzen 1 und 2; <i>die Erfahrungen auf Basis</i> der bereits durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind <i>ebenso</i> zu beachten wie <i>je- weils vorliegende Erkenntnisse aus den Modellen nach § 8 Absatz 3a und 3b</i>. Die Empfehlungen beinhalten auch Aussagen</p>	<p>(5) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen, der Spaltenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spaltenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] Empfehlungen zu den Vertragsinhalten und Vertragsvoraussetzungen nach den Absätzen 1 und 2. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Evaluation der bereits durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sind insbesondere hinsichtlich der Kriterien Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung und soziale Einbindung der Pflegebedürftigen bei den Empfehlungen nach Satz 1 zu Grunde zu legen. Die vorliegenden Erkenntnisse aus den Modellen nach § 8 Absatz 3a und 3b sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssiche-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	rung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind zu beachten. Die Empfehlungen beinhalten auch Aussagen
1. über die erforderliche Anwesenheit und Erreichbarkeit von Personal in den gemeinschaftlichen Wohnformen und	1. unverändert
2. darüber, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches von dem in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten Basispaket umfasst sein können.	2. unverändert
Die die Empfehlungen beschließenden Parteien arbeiten mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene eng zusammen; die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Werden die Empfehlungen innerhalb der genannten Frist ganz oder teilweise nicht beschlossen, bestellen die Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach ihrer Bestellung fest.	Die die Empfehlungen beschließenden Parteien arbeiten mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene eng zusammen; die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Werden die Empfehlungen innerhalb der genannten Frist ganz oder teilweise nicht beschlossen, bestellen die Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach ihrer Bestellung fest.
(6) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum ... [einsetzen: Datum vier Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Absatz 1 vor. Der Schwerpunkt des Berichts liegt insbesondere auf der Zahl, dem Standort, der Trägerschaft, der Personalstruktur und -ausstattung, der Vergütung, den Leistungsausgaben und der Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen sowie auf der Qualität der Versorgung im Vergleich zur Versorgung in sonstiger ambulanter und in vollstationärer Pflege. Bei der Evaluation ist auch die Einbeziehung Angehöriger, sonstiger Pflegepersonen und	(6) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ehrenamtlich Tätiger in die Versorgung zu berücksichtigen.“	
56. In § 97 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „38a, 40“ durch die Angabe „40, 45f“ ersetzt.	56. unverändert
57. In § 106a Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.	57. unverändert
58. § 109 wird wie folgt geändert: 	58. § 109 wird wie folgt geändert: a) Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:
	„5. Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Art, Ursache, Grad und Dauer der Pflegebedürftigkeit, Art des Versicherungsverhältnisses.“.
a) In Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt. b) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:	b) In Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt. c) unverändert
„(6) Von der statistischen Geheimhaltungspflicht ausgenommen sind Angaben zur Art und zu den organisatorischen Einheiten der Pflegeeinrichtungen sowie zu den Entgelten der stationären Pflegeeinrichtungen. Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht jedoch, wenn Träger der Pflegeeinrichtungen auf Ebene einzelner Verbände ausgewiesen werden.“	
59. In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 45c, 45d“ durch die Angabe „§§ 45c bis 45e“ ersetzt.	59. unverändert
60. In § 112a Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.	60. unverändert
61. § 113 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	61. unverändert
„(1) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die kommunalen Spaltenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundes-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>ebene vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundes- ebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst. Die Vereinbarungen nach Satz 1 müssen auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 innerhalb von sechs Monaten nach deren Vorliegen um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c ergänzt werden. In den Vereinbarungen sind insbesondere auch die Voraussetzungen für eine fachgerechte Pflegeprozessverantwortung sowie Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen an die Pflegedokumentation sind so zu gestalten, dass sie in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann. Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für die Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen. In den Vereinbarungen ist zu regeln, welche Fort- und Weiterbildungen ganz oder teilweise in digitaler Form durchgeführt werden können; geeignete Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen sind durch die Pflegekassen anzuerkennen. Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen. Die Vereinbarungen sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Soweit sich in den Pflegeeinrichtungen zeitliche</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Einsparungen ergeben, die Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation auf Grundlage des pflegefachlichen Fortschritts durch neue, den Anforderungen nach Satz 5 entsprechende Pflegedokumentationsmodelle sind, führen diese nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.“</p>	
62. § 113b wird wie folgt geändert:	62. § 113b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Satz 5 und 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	a) unverändert
<p>„Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene angehören; die Entscheidung hierüber obliegt den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Sofern die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ein Mitglied entsenden, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet.“</p>	
b) Nach Absatz 3 Satz 8 werden die folgenden Sätze eingefügt:	b) unverändert
<p>„Der erweiterte Qualitätsausschuss kann sich bis zu zweimal pro Kalenderjahr auf Initiative des unparteiischen Vorsitzenden auch mit Themen zur Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung befassen, die über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinausgehen und zu diesen Themen Entscheidungen treffen. Mit einfacher Mehrheit kann der erweiterte Qualitätsausschuss auch darüber entscheiden, ob eine Arbeitsgruppe gemäß Absatz 7 Satz 1 Nummer 8 eingerichtet und vom unparteiischen Vorsitzenden mit Unterstützung der Geschäftsstelle nach Absatz 6 geleitet wird.“</p>	
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 2 Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:	aa) Satz 2 Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:
„6. bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] spezifi-	„6. bis zum ... [einsetzen: Datum drei Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] spezifi-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>sche Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und für die Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und einen Abschlussbericht vorzulegen; dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist; sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.“</p>	<p>sche Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und für die Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und einen Abschlussbericht vorzulegen; dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist; sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.“</p>
<p>bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:</p>	<p>bb) unverändert</p>
<p>„Das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der unparteiische Vorsitzende nach Absatz 3 Satz 1 können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen. Die Ablehnung eines Vorschlags muss in einer schriftlichen Stellungnahme begründet werden. Diese ist auf der Internetseite des Qualitätsausschusses zu veröffentlichen.“</p>	
<p>d) In Absatz 4a Satz 1 wird die Angabe „Nummer 1 bis 3“ durch die Angabe „Nummer 1, 2, 3 und 6“ ersetzt.</p>	<p>d) unverändert</p>
<p>e) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.</p>	<p>e) unverändert</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
63. § 113c wird wie folgt geändert:	63. § 113c wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 wird durch die folgenden Nummern 2 und 3 ersetzt:	a) unverändert
„2. für die Zwecke des Modellvorhabens nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wurde oder	
3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes hat und überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.“	
b) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:	b) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:
„(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 hinausgeht,	„(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 hinausgeht, kann die Pflegeeinrichtung
1. <i>soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele dieser Vorschrift gewährleisten; diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren,</i>	1. entfällt
2. <i>kann die Pflegeeinrichtung bis zum 31. Dezember 2026 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten, das über eine mindestens einjährige medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt, und</i>	1. bis zum 31. Dezember 2026 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten, das über eine mindestens einjährige medizinische, soziale oder hauswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt, und
3. <i>kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung,</i>	2. <i>für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu</i>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>die über die mindestens zu vereinbrende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,</i></p>	<p>vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,</p>
<p>a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:</p>	<p>a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:</p>
<p>aa) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 eine Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderung beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, oder</p>	<p>aa) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 eine Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderung beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT17.02.2016 B3) erfüllt, oder</p>
<p>bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach <i>den Teilen</i> 2, 3 oder 5 des Pflegeberufegesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, 3, 4 oder 5 des Pflegeberufegesetzes oder</p>	<p>bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des Pflegeberufegesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, 3, 4 oder 5 des Pflegeberufegesetzes oder</p>
<p>b) das für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 berücksichtigt werden kann, wenn das Bestehen einer berufsqualifizierenden Prüfung aufgrund von berufspraktischen Erfahrungen in der Pflege, sonstigen Qualifizierungsmaßnahmen oder beidem nach landesrechtlichen Regelungen auf die Dauer der in Absatz 1 Nummer 2 genannten Ausbildungen angerechnet werden kann.</p>	<p>b) das für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 berücksichtigt werden kann, wenn das Bestehen einer berufsqualifizierenden Prüfung aufgrund von berufspraktischen Erfahrungen in der Pflege, sonstigen Qualifizierungsmaßnahmen oder beidem nach landesrechtlichen Regelungen auf die Dauer der in Absatz 1 Nummer 2 genannten Ausbildungen angerechnet werden kann. Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war.</p>
<p>Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft</p>	<p>Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden. Die Stellenanteile, die bis zum 31. Dezember 2026 mit Personal nach Satz 1 Nummer 2 besetzt wurden, können ab dem 1. Januar 2027 zusätzlich zu den verhandelten Stellenanteilen nach Absatz 1 Nummer 2 vereinbart werden. Der Durchführung einer Ausbildung nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa steht es gleich, wenn die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30. Dezember 2028, begonnen wird und das Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war.</p>	<p>und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden. Die Stellenanteile, die bis zum 31. Dezember 2026 mit Personal nach Satz 1 Nummer 1 besetzt wurden, können ab dem 1. Januar 2027 zusätzlich zu den verhandelten Stellenanteilen nach Absatz 1 Nummer 2 vereinbart werden. Der Durchführung einer Ausbildung nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa steht es gleich, wenn die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30. Dezember 2028, begonnen wird und das Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war.</p>
<p>(4) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spaltenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. Die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 umfassen auch Empfehlungen zu den Aufgabenbereichen für Personal nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3; wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c erarbeitet wurden, sind dabei zu berücksichtigen. Die Parteien nach Satz 1 arbeiten im Rahmen der gemeinsamen Empfehlungen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 nicht zustande, wird auf Antrag einer Partei nach Satz 1 ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet.</p>	<p>(4) unverändert</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spaltenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die gemeinsamen Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spaltenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen zu gleichen Teilen.“	
c) Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:	c) unverändert
„3. die erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal, das von der Pflegeeinrichtung für die personelle Ausstattung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorzuhalten ist; bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen neben Pflegefachpersonen auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können, dazu gehören insbesondere staatlich anerkannte Hauswirtschafter, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fachangestellte und Physiotherapeuten sowie konzeptabhängig Heilerziehungspfleger, deren Qualifikationsprofil die Voraussetzungen des Beschlusses der Kultusministerkonferenz vom 16. Dezember 2021 „Kompetenzorientiertes Qualifikationsprofil für die Ausbildung von Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspflegern an Fachschulen“ in der Fassung, die auf der Internetseite der Kultusministerkonferenz veröffentlicht ist, erfüllen; die erforderlichen Qualifikationen für das vorzuhaltende Personal nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 werden auch eingehalten, wenn hierfür das Personal mit	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
einer jeweils höheren Qualifikation vorgehalten wird; im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 wird die Eingruppierung und im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt.“	
	<p>d) Absatz 8 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:</p>
	<p>„Ferner berichtet der Spaltenverband Bund der Pflegekassen über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die Personalaufhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 überschreitet, über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 3 vorgehalten wird und über die Anzahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchführen, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden oder die sich an den Zielen und der Konzeption der Modellprojekte nach § 8 Absatz 3b orientieren.“</p>
64. Nach § 113c wird der folgende § 113d eingefügt:	64. Nach § 113c wird der folgende § 113d eingefügt:
„§ 113d	„§ 113d
Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen	Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen
Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beauftragen gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2026 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle mit der Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen. Die beauftragte Geschäftsstelle soll insbesondere die folgenden Zielgruppen und Maßnahmen unterstützen:	Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beauftragen gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2026 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle mit der Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen. Die beauftragte Geschäftsstelle soll insbesondere die folgenden Zielgruppen und Maßnahmen unterstützen:
1. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung,	1. unverändert
2. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentati-	2. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
onskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 3 bis 5 entsprechen,	
3. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von personzentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, für vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1,	3. unverändert
4. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und	4. unverändert
5. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, personzentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt.	5. unverändert
Die Unterstützung nach Satz 2 soll insbesondere erfolgen durch	Die Unterstützung nach Satz 2 soll insbesondere erfolgen durch
1. die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen zu den Maßnahmen nach Satz 2, insbesondere für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um entsprechende Schulungsmaßnahmen bundesweit in geeigneter regionaler Dichte und Häufigkeit anbieten zu können, sowie	1. unverändert
2. die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, von Assessmentinstrumenten und Konzepten zur Nutzung durch Pflegefachpersonen und Leitungskräfte in der Pflege zu den Maßnahmen nach Satz 2 und die öffentliche Bereitstellung dieser Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte im Internet.	2. unverändert
Der Medizinische Dienst Bund und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie weitere relevante Fachorganisationen sind bei der Entwicklung der Maßnahmen nach Satz 2 zu beteiligen. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der Geschäftsstelle, insbesondere zur Auswahl und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, regeln die maßgeblichen Organisationen der Pflegebe-	Der Medizinische Dienst Bund und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie weitere relevante Fachorganisationen sind bei der Entwicklung der Maßnahmen nach Satz 2 zu beteiligen. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der Geschäftsstelle, insbesondere zur Auswahl und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, regeln die maßgeblichen Organisationen der Pflegebe-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>rufe auf Bundesebene und die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 in einer Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle ist bis zum 31. Dezember 2031 befristet. <i>Die Geschäftsstelle wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert.</i>“</p>	<p>rufe auf Bundesebene und die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 in einer Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle ist bis zum 31. Dezember 2029 befristet. Sie legt der oder dem Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege jährlich, erstmals zum 31. März 2028, einen Bericht über ihre Arbeit vor.“</p>
65. § 114 wird wie folgt geändert:	65. unverändert
a) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:	
<p>„(1a) Die Prüfaufträge nach Absatz 1 werden ab dem 1. Januar 2028 digital erteilt. Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen errichtet im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Planung, zur Auftragsvergabe und zur Durchführung von Qualitätsprüfungen bis zum 31. Oktober 2027 eine Daten- und Kommunikationsplattform; durch die Landesverbände der Pflegekassen eingesetzte digitale Formate zur Übermittlung der Prüfaufträge und der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 115 Absatz 1 sind dabei zu berücksichtigen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit 10 Prozent an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Daten- und Kommunikationsplattform. Die Plattform enthält aktuelle einrichtungsbezogene Daten und Informationen, insbesondere zu Anzahl und Art der durchgeführten Prüfungen sowie für den vollstationären Bereich zu unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 und zu Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c. Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen erstellt auf Grundlage der Daten- und Kommunikationsplattform statistische Datenauswertungen</p>	
<ol style="list-style-type: none"> zur Anzahl der erteilten Prüfaufträge und durchgeführten Qualitätsprüfungen in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen, 	
<ol style="list-style-type: none"> zur Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und 	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. zur Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c und der unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3.“	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 43b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der Leistungen des Basispakets bei gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung (§ 92c).“	
bb) In Satz 10 wird die Angabe „Satz 10“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.	
c) Absatz 2a wird durch den folgenden Absatz 2a ersetzt:	
„(2a) Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spaltenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni 2026 das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen, insbesondere, unter welchen Voraussetzungen Prüfaufträge angesichts längerfristiger Krisensituationen von nationaler oder regionaler Tragweite angemessen sind und ob und welche spezifischen Vorgaben, insbesondere zum Schutz der pflegebedürftigen Personen und der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen und der Prüfdienste, zu beachten sind. Dabei sind insbesondere aktuelle wissenschaftliche und krisenrelevante Erkenntnisse zu berücksichtigen. Der Beschluss nach Satz 1 ist entsprechend der Entwicklung einer jeweiligen Krisensituation von nationaler oder regionaler Tragweite vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spaltenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu aktualisieren. Er ist für die Landesverbände der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich. Wenn Krisensituativen von nationaler oder regionaler Tragweite der Durchführung von Qualitätsprüfungen entgegenstehen, kann auf Grundlage des Beschlusses nach Satz 1 von den zeitlichen Vorgaben für den Abstand von Qualitätsprüfungen nach Absatz 2 Satz 1 und § 114c Absatz 1 Satz 1 abgewichen und der Abstand um höchstens ein Jahr verlängert werden.“</p>	
66. § 114a wird wie folgt geändert:	66. unverändert
a) Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
<p>„Die Prüfungen sind grundsätzlich zwei Arbeitstage zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen.“</p>	
b) Absatz 2 Satz 2 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
<p>„Bei der Prüfung von ambulanten Pflegediensten sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung der von dem Pflegedienst versorgten Person auch in deren Wohnung zu überprüfen; bei ambulanten Pflegediensten mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c sind diese berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes sowohl in den Gemeinschaftsräumen als auch in den Wohnräumen der versorgten Personen zu überprüfen. Soweit Räume im Sinne der Sätze 1 und 2 zweiter Halbsatz einem Wohnrecht unterliegen, dürfen sie ohne Einwilligung der darin Wohnenden nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann.“	
c) Nach Absatz 3 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:	
„An die Pflegedokumentation dürfen nur die in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 festgelegten Anforderungen gestellt werden.“	
d) Absatz 5 Satz 2 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
<p>„Stellt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf Grundlage der Berichterstattung nach § 114c Absatz 3 Satz 3 eine Unterschreitung der Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. fest, übermittelt er die entsprechenden Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung. In diesem Fall stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung die Höhe der Unterschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung nach Anhörung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes Bund fest. Der Finanzierungsanteil ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführten Prüfungen und der Anzahl der Prüfungen, die nach der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfquote durchzuführen sind. Im Rahmen der Anhörung nach Satz 3 kann der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. den Nachweis erbringen, dass die Unterschreitung der Prüfquote nicht von ihm oder seinem Prüfdienst zu vertreten ist. Gelingt der Nachweis zur Überzeugung des Bundesamtes für Soziale Sicherung nicht, fordert dieses den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. auf, den Finanzierungsanteil binnen vier Wochen an den Ausgleichsfonds (§ 65) zu zahlen.“</p>	
e) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:	
„(7) Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüf-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>dienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten und den stationären Bereich als auch für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. Die Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 innerhalb von sechs Monaten nach der Ergänzung der Vereinbarungen gemäß § 113 Absatz 1 Satz 2 zu beschließen. Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Dabei ist auch zu prüfen, inwieweit über ein fachlich vertretbares und wirtschaftliches Maß hinausgehende Anforderungen reduziert und Doppelprüfungen vermieden werden können. Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Beanstandungen des</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.“	
67. § 114c wird wie folgt geändert:	67. unverändert
a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:	
„§ 114c	
Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht“.	
b) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	
<p>„(1) Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023 und in einer zugelassenen teilstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2027 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist. Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die betroffenen Einrichtungen entsprechend den Maßgaben eines vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegten bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus. Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. Bei der Erstellung der Richtlinien sind für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Dabei sind die Besonderheiten der teilstationären Pflege zu berücksichtigen. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine vollstationäre Einrichtung erreicht worden ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sind hierbei für teilstationäre Pflegeeinrichtungen allein maßgeblich. Für ambulante Pflegeeinrichtungen sollen mit ihrem Wirksamwerden die Instrumente für die Prüfung der Qualität nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 sowie die Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen für die Feststellung sowie für die Erstellung der Richtlinien im Übrigen maßgeblich sein. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 3 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.“	
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:	
„2. Qualitätsprüfungen, die nach § 114 in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c durchgeführt werden; die entsprechenden Daten sollen nach Ländern aufgeschlüsselt werden.“	
bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:	
„Der Bericht nach Satz 1 hat erstmals zum 31. März 2028 und danach jährlich jeweils eine statistische Datenauswertung gemäß § 114 Absatz 1a Satz 5 aufgeschlüsselt nach Ländern zum Stichtag 31. Dezember zu enthalten.“	
68. § 115 wird wie folgt geändert:	68. unverändert
a) Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:	
„(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren insbesondere auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Absatz 1 und der Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich sowie für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zugrunde zu legen sind und in-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>wieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, 2, 3 und 6 vergebenen Aufträge zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 4 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Bei der Darstellung der Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung und jeder gemeinschaftlichen Wohnform mit einem Vertrag zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c auszuhängen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind von den Vertragsparteien unverzüglich nach Inkrafttreten der Richtlinien zu Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 114a Absatz 7 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort; dies gilt entsprechend auch für die bestehenden Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Be-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
wertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen).“	
b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Pflege“ die Angabe „oder in der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.	
bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „Pflege“ die Angabe „oder die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.	
c) In Absatz 6 Satz 1 wird nach der Angabe „stationären Pflegeeinrichtung“ die Angabe „oder einer anderen gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.	
69. § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:	69. unverändert
„2. Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Pflegeeinrichtungen einschließlich der vollständigen Übernahme der Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden und nach Maßgabe von dazu zwischen diesen getroffenen Vereinbarungen über Verfahrensweise und Kostentragung sowie“.	
70. § 118 Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	70. unverändert
„Bei Erarbeitung oder Änderung	
1. der in § 17 Absatz 1 und 1c, § 112a Absatz 2, § 114a Absatz 7, § 114c Absatz 1 und § 115a Absatz 3 bis 5 vorgesehenen Richtlinien,	
2. der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 115 Absatz 1a sowie § 115a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b sowie der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 113c und der Vereinbarungen nach § 115a Absatz 1 Satz 1 und	
3. von Empfehlungen nach § 92c Absatz 5	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
wirken die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 2 beratend mit.“	
71. Nach § 118 wird der folgende § 118a eingefügt:	71. Nach § 118 wird der folgende § 118a eingefügt:
„§ 118a	„§ 118a
Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung	Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung
(1) Bei den Aufgaben nach diesem und dem Fünften Buch wirken die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene (maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundes- ebene) im Rahmen der in der jeweiligen Regelung vorgesehenen Beteiligungsform mit. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bun- desebene <i>sollen</i> dabei weitere Organisationen <i>der Pflegeberufe, auch auf Landesebene</i> , beteiligen.	(1) Bei den Aufgaben nach diesem und dem Fünften Buch wirken die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene (maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundes- ebene) im Rahmen der in der jeweiligen Regelung vorgesehenen Beteiligungsform mit. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bun- desebene müssen dabei die berufsständischen Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Landesebene, die Belange von beruflich Pflegenden vertreten, und weitere Organisationen, die Belange von beruflich Pflegenden auf Bun- desebene vertreten, beteiligen.
(2) Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 3 erlassenen Rechtsverordnung beteiligt werden, damit sie die in Absatz 1 Satz 1 und 2 ge- nannten Rechte dieser Organisationen wahrneh- men, haben in den in der Verordnung nach Ab- satz 3 geregelten Fällen Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind, sowie auf den Ersatz des Ver- dienstausfalls. Das Nähere wird in der Verord- nung nach Absatz 3 geregelt.	(2) unverändert
(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere festzu- legen über	(3) unverändert
1. die Voraussetzungen für eine Anerkennung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene,	
2. die anerkannten maßgeblichen Organisa- tionen der Pflegeberufe auf Bundesebene,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. das Verfahren der Beteiligung sowie	
4. die Voraussetzungen, den Umfang, die Finanzierung und das Verfahren für die Erstattung von Reisekosten und des Ersatzes des Verdienstausfalls.“	
72. Vor § 123 wird der folgende § 122 eingefügt:	72. unverändert
„§ 122	
Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung	
(1) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen bildet gemeinsam mit den Pflegekassen, unter Einbeziehung der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, vom 1. April 2026 bis zum 31. Juli 2030 ein Gremium zur Kooperation hinsichtlich der Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen oder anderen formalen Vorgaben, die von Pflegekassen im Rahmen der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden. Das Gremium untersucht die von Pflegekassen bisher eingesetzten Formulare und formalen Vorgaben und überprüft und entwickelt diese sowie Hilfestellungen bei der Antragstellung mit den folgenden Zielsetzungen weiter:	
1. den Einsatz von Vorgaben und die Abfrage von Informationen jeweils auf das für die Antragsbearbeitung notwendige Maß zu reduzieren und Informationen, die der Pflegekasse bereits bekannt sind, nicht unnötig erneut abzufragen,	
2. aus Sicht der Versicherten nachvollziehbare und verständliche Formulierungen zu verwenden, den Einsatz von Formularen und anderen formalen Vorgaben darauf auszurichten, dass diese für die Antragstellenden als Hilfestellung dienen, sowie deutlich erkennbar zu machen, wenn ein Formular als Hilfestellung zur Verfügung gestellt wird, eine rechtliche Pflicht zur Nutzung aber nicht besteht,	
3. wo dies sinnvoll erscheint, für die Antragstellenden Erläuterungen zur Verfügung zu stellen, auch durch Einbindung von Erläuterungen in Online-Beantragungsmöglichkeiten; mit Erläuterungen kann auch nachvoll-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ziehbar gemacht werden, wofür die abgefragten Angaben benötigt werden oder welche Folgen es hat, wenn bestimmte Angaben nicht gemacht werden,	
4. niedrigschwellig auf bestehende Möglichkeiten der Beratung zu und Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen hinzuweisen, einschließlich beispielsweise Kontaktarten konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, sowie außerdem, so weit diese vorhanden sind und es sich als sinnvoll erweist, auf weitere Unterstützungs- und Informationsmöglichkeiten hinzuweisen, beispielsweise Auskunftsansprüche oder auch digitale Hilfestellungen, und	
5. eine gute Digitalisierbarkeit der Bearbeitung von Anträgen, die bei den Pflegekassen eingehen, vorzubereiten.	
In die Überlegungen sind dabei gleichberechtigt sowohl digitale Möglichkeiten der Antragstellung als auch andere, nicht digitale Möglichkeiten und Zugangswege zu einer Antragstellung einzubeziehen. In die Untersuchung können ebenfalls formale Vorgaben mit einbezogen werden, die sich nicht auf die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird auf dessen Wunsch in das Gremium einbezogen. Die Umsetzung der in dem Gremium erarbeiteten Ergebnisse durch die Pflegekassen im Rahmen der Selbstverwaltung erfolgt fortlaufend; das Gremium veranlasst bei Vorliegen von umsetzungsreifen Ergebnissen jeweils die Weitergabe an die für die Umsetzung zuständigen Stellen, um Erleichterungen in der Praxis zeitnah zu verwirklichen.	
(2) Zu den Aufgaben des Gremiums gehört auch	
1. sich im Rahmen der Selbstverwaltung der Pflegekassen für eine sachgerechte Verankerung einer dauerhaften Vereinfachung und Vereinheitlichung bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung und einer Reduktion formaler Vorgaben auf das erforderliche Maß einzusetzen sowie dabei ebenfalls eine für alle Beteiligten praxisgerechte Digitalisierbarkeit im Rahmen der Antragsbearbeitung in den Blick zu nehmen,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. die Erstellung eines Leitfadens für ein versichertengerechtes Vorgehen und eine empfehlenswerte Gestaltung von Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung,	
3. in die Beratungen mit einzubeziehen und Vorschläge zu entwickeln, wie schlanke und schnelle, zugleich aber auch die zweckgerechte Verwendung von Mitteln der Pflegeversicherung sicherstellende Verfahren zum Vorgehen bei Kostenerstattungsansprüchen nach diesem Buch gestaltet werden könnten.	
(3) Im Hinblick auf die Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele und die Verwirklichung der in Absatz 2 genannten Aufgaben sind nach diesem Buch Anspruchsberechtigte, für diese Vertretungsberechtigte und Pflegepersonen sowie Versicherte ohne oder mit geringen Vorerfahrungen mit Leistungen nach diesem Buch einzubeziehen. Die Einbeziehung erfolgt durch Einbindung verschiedener entsprechender Vertreterinnen und Vertreter dieser Gruppen in dem Gremium nach Absatz 1 sowie darüber hinaus auch wissenschaftlich gestützt. Das Gremium kann eine Einbeziehung weiterer Beteiligter, insbesondere beispielsweise des Medizinischen Dienstes Bund und der Gesellschaft für Telematik nach § 310 des Fünften Buches, vorsehen.	
(4) Für die Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 3 kann der Spaltenverband Bund der Pflegekassen Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen. Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spaltenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Soweit im Rahmen der Maßnahmen personenbezogene Daten benötigt werden sollten, können diese nur mit Einwilligung der betroffenen Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden.	
(5) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über den Fortschritt der Arbeit des Gremiums und die erfolgte Umsetzung von Ergebnissen. Auf Verlangen des Bundesministeriums für Gesundheit kann dieses an Sitzungen des Gremiums teilnehmen. Spätestens bis zum 31. Dezember 2030 legt der Spaltenverband Bund	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit einen Abschlussbericht zu dem Projekt vor und berichtet über die bis dahin erfolgten sowie absehbaren Umsetzungen und die weiteren geplanten Umsetzungen der in dem Gremium entwickelten Erkenntnisse durch die Pflegekassen.“	
73. § 123 wird wie folgt geändert:	73. unverändert
a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	
<p>„(1) Im Zeitraum von 2025 bis 2029 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehende vor Ort und im Quartier. Die Förderung erfolgt, unbeschadet des Absatzes 5 Satz 3, im Zeitraum von 2025 bis 2028 aus dem Ausgleichsfonds mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr; im Jahr 2029 erfolgt die Förderung ausschließlich mit nicht verbrauchten Mitteln des Jahres 2028 nach Maßgabe des Absatzes 5 Satz 3. Die Förderung dient insbesondere dazu,</p>	
1. die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern,	
2. den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern,	
3. die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen,	
4. den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche Strukturen aufzubauen,	
5. eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen,	
6. Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren,	
7. innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln oder	
8. die Pflegeangebote untereinander digital zu vernetzen.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Die Förderung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt, wenn die Modellvorhaben auf der Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Vorschriften auch durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft gefördert werden. Sie erfolgt jeweils in gleicher Höhe wie die Förderung, die vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 60 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht werden kann. Die Förderung von Modellvorhaben durch den Spaltenverband Bund der Pflegekassen nach den Sätzen 1 und 2 setzt voraus, dass diese den Empfehlungen nach Absatz 3 entsprechen, und erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.“</p>	
<p>b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:</p>	
<p>„(2) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit insgesamt 7 Prozent des in Absatz 1 Satz 2 genannten Fördervolumens an der Förderung nach Absatz 1 Satz 1 und 2.“</p>	
<p>c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>aa) In Satz 1 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.</p>	
<p>bb) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:</p>	
<p>„Die Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr bis einschließlich 2028 nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr bis einschließlich 2029 das Fördervolumen des jeweiligen Landes.“</p>	
<p>74. § 125a wird durch den folgenden § 125a ersetzt:</p>	<p>74. unverändert</p>
<p>„§ 125a</p>	
<p>Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege</p>	
<p>(1) Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 5 Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt.	
(2) Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Planung des Modellvorhabens im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie mit der Gesellschaft für Telematik nach § 310 des Fünften Buches erfolgt.	
(3) Der Spaltenverband 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.“	
75. Nach § 125b werden die folgenden §§ 125c und 125d eingefügt:	75. Nach § 125b werden die folgenden §§ 125c und 125d eingefügt:
„§ 125c	„§ 125c
Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung	unverändert
Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen führt in den Jahren 2026 und 2027 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung nach dem Achten Kapitel durch. Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, dass die Beteiligten dem allgemein anerkannten Stand entsprechende, technisch verfügbare Möglichkeiten elektronischer und digitaler Verfahren für die Verhandlungen einbeziehen, damit Verhandlungen effizient und zügig zum Abschluss gebracht werden können. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben einrichtungsbezogene Daten benötigt werden,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
können diese mit Einwilligung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden; personenbezogene Daten dürfen nicht erhoben werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales abzustimmen.	
§ 125d	§ 125d
Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen	Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen
(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann in den Jahren 2026 bis 2028 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung von zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2 vereinbaren. Gegenstand der Erprobung sind	(1) unverändert
1. der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch die Abwahlmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 sowie	
2. die Erbringung von Leistungen im Sinne des § 36 und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für Versicherte außerhalb der Pflegeeinrichtung.	
(2) Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, die Wirkungen auf die pflegerische Versorgung umfassend, insbesondere bezüglich Planbarkeit, Verlässlichkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen, Kosteneffizienz, Auswirkungen auf den Personalbedarf und in Bezug auf die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten, zu untersuchen und dabei die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen, den Pflegekräften und den pflegenden An- und Zugehörigen einzubeziehen. Sie sind auf längstens drei Jahre zu befristen. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese mit Einwilligung der betreffenden	(2) Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, die Wirkungen auf die pflegerische Versorgung umfassend, insbesondere bezüglich Planbarkeit, Verlässlichkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen, Kosteneffizienz, Auswirkungen auf den Personalbedarf und in Bezug auf die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten, zu untersuchen und dabei die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen, den Pflegekräften und den pflegenden An- und Zugehörigen einzubeziehen. Im Hinblick auf Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 ist insbesondere zu untersuchen, wie der Beitrag der An- und Zugehörigen an der Versorgung so bestimmt und deren Anleitung in einem Maße sichergestellt werden kann, dass der Beitrag vollwertig in die

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>den Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales abzustimmen.</p>	<p>Versorgung einbezogen werden und sich eigenanteilsreduzierend auswirken kann. Darüber hinaus sind entsprechende Haftungsfragen zu klären. Im Hinblick auf Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ist insbesondere zu untersuchen, ob und wie durch vertragliche Festlegung der Leistungs- und Kostenabgrenzung ausreichend notwendige Transparenz geschaffen werden kann, um eine Doppelfinanzierung beim Personaleinsatz zu vermeiden. Die Modellvorhaben sind auf längstens zwei Jahre zu befristen. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese mit Einwilligung der betreffenden Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales abzustimmen.</p>
<p>(3) Die am Modellvorhaben teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erproben mindestens eine der in Absatz 1 Satz 2 genannten Flexibilisierungen. Es sind jeweils die Vorschriften dieses Buches anzuwenden; im Einzelfall kann von den Regelungen des Siebten und des Achten Kapitels abgewichen werden. Bei einer Erprobung, die die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches zum Gegenstand hat, haben die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich einen Vertrag nach § 132a Absatz 4 des Fünften Buches abzuschließen. Im Einzelfall kann bei Vertragsschluss von den Vorgaben des § 132a Absatz 4 des Fünften Buches abgewichen werden. Die Flexibilisierung der Leistungserbringung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen zur Versorgung kann bis zu zwei Jahre nach dem Ende des Modellvorhabens und bis zu zwölf Monate nach dem Vorliegen der Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 gültig bleiben.“</p>	<p>(3) unverändert</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
76. Nach § 146 wird der folgende § 146a eingefügt:	76. unverändert
„§ 146a	
Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege	
(1) Die Pflegekassen übernehmen im Zeitraum vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2035 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege für pflegebedürftige satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn	
1. diese innerhalb des Klausurbereichs einer Ordenseinrichtung leben, in der die pflegerische Versorgung der Ordensmitglieder oder Angehöriger anderer Ordensgemeinschaften bis zum 31. Dezember 2025 auf eigener vertraglicher Grundlage mit den Pflegekassen erbracht wurde, und	
2. die pflegerische Versorgung weiterhin innerhalb des Klausurbereichs einer Ordenseinrichtung erbracht und durch diese sichergestellt wird.	
Der Anspruch ist in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad je Kalendermonat auf die Höhe der Beträge nach § 43 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 begrenzt. Weitere Ansprüche auf Leistungen nach den §§ 36 bis 45h stehen den Pflegebedürftigen daneben nicht zu.	
(2) Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen für die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Ordensgemeinschaften entwickeln gemeinsam ein Konzept zur langfristigen pflegerischen Versorgung der pflegebedürftigen Personen nach Absatz 1 unter Einhaltung der Vorschriften dieses Buches und ergreifen entsprechende Maßnahmen zur Umsetzung.“	
77. § 150 wird wie folgt geändert:	77. unverändert
a) Absatz 1 wird gestrichen.	
b) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräften“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
78. § 154 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	78. unverändert
a) In Satz 11 wird die Angabe „31. Dezember 2025“ durch die Angabe „30. Juni 2026“ ersetzt.	
b) Satz 13 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Jahresabrechnungen, die nicht oder nach dem 30. Juni 2026 bei den Pflegekassen eingereicht werden, führen zu einer Kürzung ausgezahlter Ergänzungshilfen der Pflegeeinrichtungen um 100 Prozent für den betreffenden Zeitraum.“	
Artikel 2	Artikel 2
Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	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:	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:
§ 113c wird wie folgt geändert:	§ 113c wird wie folgt geändert:
1. In Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr“ durch die Angabe „mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegefachassistentengesetzes oder § 50 des Pflegefachassistentengesetzes“ ersetzt.	1. unverändert
2. Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:	2. Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:
„3. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,	„2. unverändert
a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:	
aa) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 eine Ausbildung nach dem Pflegefachassistentengesetz oder	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach den Teilen 2, 3 oder 5 des Pflegeberufegesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, 3, 4 oder 5 des Pflegeberufegesetzes oder	
b) das für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 berücksichtigt werden kann, wenn das Bestehen einer berufsqualifizierenden Prüfung aufgrund von berufspraktischen Erfahrungen in der Pflege, sonstigen Qualifizierungsmaßnahmen oder beidem nach dem Pflegefachassistentengesetz auf die Dauer der in Absatz 1 Nummer 2 genannten Ausbildungen angerechnet werden kann.“	
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBI. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Februar 2025 (BGBI. 2025 I Nr. 64) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBI. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Februar 2025 (BGBI. 2025 I Nr. 64) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0a. § 4 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:
	„(6) Im Jahr 2026 dürfen sich die sächlichen Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse nicht um mehr als 8 Prozent gegenüber dem Jahr 2024 erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen für Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e.“
	0b. § 6 Absatz 3a wird durch die folgenden Absätze 3a und 3b ersetzt:
	„(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versiche-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>rungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig waren. Entfällt für diese Personen die Versicherungsfreiheit, die Befreiung von der Versicherungspflicht oder die hauptberufliche selbständige Erwerbstätigkeit nach Vollenlung des 55. Lebensjahres, gelten die Versicherungsfreiheit, die Befreiung von der Versicherungspflicht oder die wegen hauptberuflich selbständiger Erwerbstätigkeit nicht bestehende Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 5 als im Sinne des Satzes 2 fortbestehend. Der Voraussetzung nach Satz 2 auch in Verbindung mit Satz 3 steht die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in den Sätzen 2 und 3 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 versicherungspflichtig sind.</p>
	<p>(3b) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres eine Absicherung im Krankheitsfall begründen, die nach zwischenstaatlichen oder supranationalen Vorschriften einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt ist, sind, auch wenn sie nach Begründung dieser Absicherung im Krankheitsfall nach diesem Buch versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor der Begründung dieser Absicherung im Krankheitsfall nicht gesetzlich versichert waren und mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig waren. Absatz 3a Satz 4 gilt entsprechend.“</p>
	<p>0c. § 10 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:</p>
	<p>„(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen</p>
	<p>1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,</p>
	<p>2. nicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,</p>
	<p>3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
	5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet.
	<p>Die Versicherungsfreiheit nach § 7 bleibt bei der Prüfung der Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 3 außer Betracht. Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nummer 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Absatz 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte besteht. Bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird zur Ermittlung des Gesamteinkommens nach Satz 1 Nummer 5 das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre. Renten werden für das Gesamteinkommen nach Satz 1 Nummer 5 mit dem Zahlbetrag ohne den auf Entgelpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen im Sinne des Satzes 1 Nummer 5 bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Ehegatten und Lebenspartner sind abweichend von Satz 1 für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes und für die Dauer der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren. Ehegatten und Lebenspartner sind abweichend von Satz 1 nicht versichert, wenn sie</p>
	1. eine Rente wegen Alters als Teilrente in Anspruch nehmen,
	2. die in Satz 1 Nummer 5 genannte Voraussetzung nicht erfüllen würden, wenn sie

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	die Rente stattdessen in voller Höhe in Anspruch nehmen würden und
	3. zuletzt vor Inanspruchnahme der Teilrente nicht gesetzlich krankenversichert waren.“
1. § 15 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	1. unverändert
a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 63 Abs. 3c“ durch die Angabe „§ 63 Absatz 3c in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung oder in § 15a“ ersetzt.	
b) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:	
„Die Pflegeprozessverantwortung im Sinne von § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes ist nicht Teil der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung.“	
2. Nach § 15 wird der folgende § 15a eingefügt:	2. Nach § 15 wird der folgende § 15a eingefügt:
„§ 15a	„§ 15a
Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung	Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung
(1) Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund <i>einer nach dem Pflegeberufegesetz</i> vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer <i>einer</i> solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:	(1) Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund <i>ihrer</i> vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:
1. nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,	1. nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung oder nach pflegerischer Diagnose durch die Pflegefachperson die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,
2. nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen	2. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der in diesem Katalog als für diese Leistungen benötigt genannten Hilfsmittel nach § 33, und	
3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung.	3. unverändert
(2) Pflegefachpersonen nehmen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch die Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes wahr.	(2) unverändert
(3) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen.“	(3) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die über eine Erlaubnis nach den §§ 1 oder 58 Absatz 1 oder 2 des Pflegeberufegesetzes oder § 64 des Pflegeberufegesetzes verfügen.“
3. § 20 Absatz 5 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	3. unverändert
„Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigen die Krankenkassen	
1. eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3,	
2. eine Präventionsempfehlung nach § 5 Absatz 1a Satz 3 Nummer 2 und Satz 5 und 6 des Elften Buches oder § 18b Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches oder	
3. eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung.“	
4. Nach § 24i Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:	4. unverändert
„(5) Bei Personen, die nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung nicht in der Bundesrepublik Deutschland ansässig sind und deren Ansässigkeitsstaat nach diesem Abkommen das Besteuerungsrecht für das Mutterschaftsgeld zusteht, sind für die Berechnung des Mutterschaftsgeldes nur die Beiträge zur Sozialversicherung als das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt nach Absatz 2 Satz 1 verminderte gesetzliche Abzüge zu berücksichtigen. Unterliegt das Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vor-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
schriften nicht der Steuer, sind alle gesetzlichen Abzüge nach Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigen.“	
5. § 33 Absatz 5a wird wie folgt geändert:	5. unverändert
a) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:	
„Einer vertragsärztlichen Verordnung nach Satz 1 bedarf es nicht, wenn eine Pflegefachperson die Leistung nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 verordnet hat.“	
b) In dem neuen Satz 3 wird nach der Angabe „eine vertragsärztliche Verordnung“ die Angabe „oder eine Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2“ eingefügt.	
6. § 37 wird wie folgt geändert:	6. unverändert
a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Wohnformen“ die Angabe „gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches“ eingefügt.	
b) Absatz 2b Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung sowie die nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen.“	
c) Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 3a eingefügt:	
„(3a) Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht für Versicherte, für die die Pflegekassen nach § 146a des Elften Buches die pflegebedingten Aufwendungen übernehmen.“	
d) In Absatz 8 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.	
7. In § 37c Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.	7. unverändert
8. § 39a Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:	8. unverändert
„2. unter der fachlichen Verantwortung einer Pflegefachperson oder einer anderen fach-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
lich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachperson oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.“	
9. § 44a Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	9. unverändert
„§ 44 Absatz 3, § 47 Absatz 2 bis 5, die §§ 47b, 49 und 50 gelten entsprechend; Ansprüche nach § 44 Absatz 1 und 4 sind gegenüber Ansprüchen nach dieser Vorschrift ausgeschlossen.“	
10. § 45 wird wie folgt geändert:	10. unverändert
a) Absatz 2 Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„§ 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8, Absatz 4 Satz 3 bis 5, Absatz 5 und § 47b gelten entsprechend.“	
b) Absatz 2a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 in dem Kalenderjahr 2026 für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage.“	
11. § 47 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:	11. unverändert
„(5) Bei Personen, die nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung nicht in der Bundesrepublik Deutschland ansässig sind und deren Ansässigkeitsstaat nach diesem Abkommen das Besteuerungsrecht für das Krankengeld zusteht, ist zur Berechnung des Krankengeldes anstelle des Nettoarbeitsentgelts nach Absatz 1 das Regelentgelt abzüglich der Beiträge zur Sozialversicherung zugrunde zu legen. Unterliegt das Krankengeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vorschriften nicht der Steuer, ist entsprechend Absatz 1 das Nettoarbeitsentgelt zugrunde zu legen.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
12. § 63 wird wie folgt geändert:	12. unverändert
a) Die Absätze 3b und 3c werden durch den folgenden Absatz 3b ersetzt:	
„(3b) Modellvorhaben nach den Absätzen 3b oder 3c in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung, die bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] begonnen wurden, können weitergeführt werden.“	
b) Absatz 3d wird zu Absatz 3c.	
13. § 64d wird wie folgt geändert:	13. § 64d wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:
<p>„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Land mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufegesetzes im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durch. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spaltenorganisationen auf Bundesebene und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten bis zum 31. März 2022 fest. In dem Rahmenvertrag nach Satz 4 sind unter vertraglicher Beteiligung der Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen Regelungen für eine Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 1 in Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches zu treffen. Bis zum 31. März 2027 ist der Rahmenvertrag unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 2 so anzupassen, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf</p>	<p>„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Land mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufegesetzes im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durch. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spaltenorganisationen auf Bundesebene und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten bis zum 31. März 2022 fest. In dem Rahmenvertrag nach Satz 4 sind unter vertraglicher Beteiligung der Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen Regelungen für eine Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 1 in Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches zu treffen. Bis zum 30. September 2026 ist der Rahmenvertrag unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 4 so anzupassen, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
lichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss oder Änderung des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“	Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss oder Änderung des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“
b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „Pflegefachkräften“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.	b) unverändert
14. In § 65d Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.	14. unverändert
15. In § 70 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „medizinischen Erkenntnisse“ durch die Angabe „medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse“ ersetzt.	15. unverändert
	15a. Nach § 73 Absatz 10 wird der folgende Absatz 10a eingefügt:
	„(10a) Vertragsärzte dürfen für die elektronische Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, von Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege, Soziotherapie sowie spezielter ambulanter Palliativversorgung nur solche elektronischen Programme nutzen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere zu den fachlichen Anforderungen an die elektronischen Programme einschließlich Umsetzungsfristen kann in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 vereinbart werden.“
16. Nach § 73c wird der folgende § 73d eingefügt:	16. Nach § 73c wird der folgende § 73d eingefügt:
„§ 73d	„§ 73d
Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation	Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation
(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spaltenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Ab-	(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spaltenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Ab-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
satz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag	satz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Dezember 2026 in einem Vertrag
1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können,	1. unverändert
2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, die Pflegefachpersonen jeweils nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen,	2. unverändert
3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungen.	3. unverändert
	In dem Vertrag sind auch Vorgaben dazu zu vereinbaren, welche in dem nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung und welche dieser Leistungen nach einer pflegerischen Diagnose erbracht werden können. Diese Vorgaben können in Bezug auf einzelne Leistungen, je nachdem in welchem Versorgungsbereich sie erbracht werden, voneinander abweichen.
Bis zum 31. Dezember 2026 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.	Bis zum 31. Juli 2026 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.
(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei	(2) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>den Leistungserbringern erbringen oder verordnen, mit denen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundes-ebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen bei der Vereinbarung der Leistungen und Hilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.</p>	
<p>(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 nicht innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrags auf Antrag eines der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch eine von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern innerhalb eines Monats nach Antragstellung zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestimmung festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt gilt bis zur gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter.</p>	<p>(3) unverändert</p>
<p>(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner evaluieren die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung und durch Pflegefachpersonen, die in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, im Hinblick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesund-</p>	<p>(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner evaluieren die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung und durch Pflegefachpersonen, die in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, im Hinblick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesund-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
heit beteiligt das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.	heit beteiligt das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.
(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung, auch in Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie in Pflegeeinrichtungen, soweit die eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistungen nicht bereits Gegenstand der Evaluation nach Absatz 4 oder der Evaluation nach § 112a Absatz 4 war. Die Ergebnisse der Evaluationen nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 sind zu berücksichtigen. Nach Abschluss der Evaluation nach Satz 1 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, ob und inwieweit die Vorgaben für die Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung umgesetzt wurden und ob die bestehenden leistungsrechtlichen Regelungen zur eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen angepasst werden müssen oder erweitert werden können. Bei der Prüfung sind wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, zu berücksichtigen. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Jahr nachdem ihm beide Berichte nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 vorgelegt wurden, über das Ergebnis dieser Prüfung.“	(5) unverändert
17. Nach § 81 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:	17. unverändert
„(6) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Bestimmungen über die Sicherstellung des Notdienstes enthalten. Sofern dies zum Zwecke der Sicherstellung des Notdienstes in einer Region erforderlich ist, können	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährung von Sicherstellungspauschalen an die teilnehmenden Ärzte festlegen.“	
18. § 87 Absatz 2a Satz 9 wird <i>durch den folgenden Satz ersetzt</i> :	18. § 87 wird wie folgt geändert :
	a) Nach Absatz 2 Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt :
	„Die Bewertungsmaßstäbe sind regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob sie den besonderen Erfordernissen der Versorgung von behinderten Menschen angemessen Rechnung tragen und, soweit erforderlich, anzupassen; die Anpassung ist zum Zeitpunkt der Anpassung punktsummenneutral umzusetzen.“
	b) Absatz 2a Satz 9 wird durch den folgenden Satz ersetzt :
„In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang nach § 28 Absatz 1 Satz 2 delegationsfähige Leistungen und nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Leistungen durch andere Personen qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zu beschließen.“	„In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang nach § 28 Absatz 1 Satz 2 delegationsfähige Leistungen und nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Leistungen durch andere Personen qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zu beschließen.“
	18a. § 92a Absatz 3 und 4 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:
	„(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt im Jahr 2026 100 Millionen Euro und ab dem Jahr 2027 jährlich 200 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Von der Fördersumme sollen 80 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 20 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Im Jahr 2026 sollen von der Fördersumme 10 Millionen Euro und ab dem Jahr 2027 jährlich 20 Millionen Euro für neue Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit aufgewendet werden. Für

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>die Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, sollen von der Fördersumme im Jahr 2026 mindestens 2,5 Millionen Euro und ab dem Jahr 2027 jährlich mindestens 5 Millionen Euro verwendet werden. Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden jeweils in das folgende Haushaltsjahr übertragen. Die Laufzeit eines im Rahmen des einstufigen Verfahrens mit langer Laufzeit oder des zweistufigen Verfahrens nach Absatz 1 Satz 8 geförderten Vorhabens und eines nach Absatz 2 geförderten Vorhabens kann bis zu vier Jahre betragen, wobei die Konzeptentwicklung im Rahmen der ersten Stufe der Förderung im zweistufigen Verfahren nicht zur Laufzeit eines Vorhabens zählt. Die Laufzeit eines im einstufigen Verfahren für neue Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit geförderten Vorhabens kann bis zu zwei Jahre betragen.</p>
	<p>(4) Im Jahr 2026 wird die Fördersumme nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen. Ab dem Jahr 2027 wird die Fördersumme nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und die nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen jeweils zur Hälfte getragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erhebt und verwaltet die Mittel (Innovationsfonds) und zahlt die Fördermittel auf der Grundlage der Entscheidungen des Innovationsausschusses nach § 92b aus. Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Nähere zur Erhebung der Mittel für den Innovationsfonds durch das Bundesamt für Soziale Sicherung bei den nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1; § 266 Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Innovationsfonds und zur Ver-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	waltung der Mittel des Innovationsfonds bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Innovationsausschuss und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“
19. Nach § 95 Absatz 3 wird der folgende Absatz 3a eingefügt:	19. unverändert
„(3a) Tätigkeiten im Notdienst, zu denen ein Vertragsarzt aufgrund seiner jeweiligen Zulassung verpflichtet ist, sind sozialversicherungsrechtlich entsprechend der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung seiner Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu bewerten.“	
20. § 105 Absatz 1a wird wie folgt geändert:	20. unverändert
a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, in den sie einen Betrag in Höhe von mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen einzahlt. Über die Aufbringung des Betrages entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung.“	
b) Der neue Satz 8 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Die Sätze 3, 4 Nummer 1 bis 4 und 8 sowie die Sätze 5 und 6 gelten in diesem Fall entsprechend.“	
21. Nach § 112 wird der folgende § 112a eingefügt:	21. Nach § 112 wird der folgende § 112a eingefügt:
„§ 112a	„§ 112a
Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung	Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung
(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren bis zum 31. Juli 2028 in einem Vertrag	(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag
1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 in zugelassenen	1. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Krankenhäusern im Sinne des § 108 eigenverantwortlich erbringen können,	
2. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach Nummer 1 vereinbarten Leistungen.	2. unverändert
	In dem Vertrag sind auch Vorgaben dazu zu vereinbaren, welche in dem nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung und welche dieser Leistungen nach einer pflegerischen Diagnose erbracht werden können.
(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Nummer 1 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen können. Soweit nicht aus sachlichen Gründen für die Krankenhausbehandlungen Abweichungen geboten sind, haben die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien dieselben Festlegungen zu treffen, die von den in § 73d Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern nach § 73d Absatz 2 Satz 1 getroffen wurden. § 73d Absatz 2 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.	(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen können. Soweit nicht aus sachlichen Gründen für die Krankenhausbehandlungen Abweichungen geboten sind, haben die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien dieselben Festlegungen zu treffen, die von den in § 73d Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern nach § 73d Absatz 2 Satz 1 getroffen wurden. § 73d Absatz 2 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.
(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 nicht innerhalb der in Absatz 1 genannten Frist zu Stande, wird der Inhalt des Vertrags auf Antrag einer der in Absatz 1 genannten Vertragsparteien oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgelegt.	(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 nicht innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist zu Stande, wird der Inhalt des Vertrags auf Antrag einer der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgelegt.
(4) Die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in Krankenhäusern insbesondere im Hinblick auf	(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in Krankenhäusern insbesondere im Hinblick auf
1. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung,	1. unverändert
2. den effizienten Einsatz der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und	2. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. die Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen.	3. unverändert
Die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.“	Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.“
	21a. § 117 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 3b Satz 1 wird nach der Angabe „zugelassen sind“ die Angabe „(Weiterbildungsambulanzen)“ eingefügt.
	b) Absatz 3c wird durch den folgenden Absatz 3c ersetzt:
	„(3c) Für die Vergütung der in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 und 3a erbrachten Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend. Die Ambulanzen sind verpflichtet, von der Vergütung, die sie von den Krankenkassen für die durch einen Ausbildungsteilnehmer erbrachte Leistung erhalten, jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Ausbildungsteilnehmer auszuzahlen. Sie haben die Auszahlung des Vergütungsanteils den Krankenkassen nachzuweisen. Die Ambulanzen haben der Bundespsychotherapeutenkammer die jeweils aktuelle Höhe der von den Ausbildungsteilnehmern zu zahlenden Ausbildungskosten sowie des auszuzahlenden Vergütungsanteils mitzuteilen. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat eine bundesweite Übersicht der nach Satz 5 mitgeteilten Angaben zu veröffentlichen.“
22. § 119b wird wie folgt geändert:	22. unverändert
a) In Absatz 1 Satz 8 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.	
b) In Absatz 2 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.	
	22a. § 120 Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:
	„(2) Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozi-alpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Weiterbildungsambulanzen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden. Sie muss die Leistungsfähigkeit der in Satz 1 genannten Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 erstmals bis zum 1. Juli 2017 und danach jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 zu berücksichtigen. Bei den Vergütungsvereinbarungen für Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 zu berücksichtigen. Als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 2 ist eine Vergütung für die telemedizinische Erbringung von Leistungen durch die Einrichtungen nach Satz 1 festzulegen. Abweichend von den Sätzen 2 und 3 hat die Vergütung der Leistungen, die die psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b erbringen, nach den entsprechenden Bestimmungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung zu erfolgen. Bei der Vereinbarung der Vergütung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in den Weiterbildungsambulanzen hat eine Abstimmung mit Entgeltentwicklungen für vergleichbare Leistungen zu erfolgen. Für die Beurteilung einer wirtschaftlichen Be-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	triebsführung der Weiterbildungsambulanzen sind nur die Leistungen berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat und die gegenüber Versicherten erbracht werden.“
23. § 132a wird wie folgt geändert:	23. unverändert
a) Absatz 1 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:	
1. Eignung der Leistungserbringer einschließlich Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7,	
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,	
2a. Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes unter Berücksichtigung der ärztlichen Indikationsstellung für den Bedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege,	
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,	
4. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,	
5. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte sowie Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch,	
6. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
7. Anforderungen an die Eignung der Pflegefachpersonen, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen und	
8. Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen, soweit die Leistungen von Leistungserbringern erbracht werden, mit denen Verträge nach Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden, erstmals bis zum 30. April 2028.“	
b) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:	
„(5) Die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches erfolgt nach Maßgabe dieser Verträge.“	
24. In § 132g Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.	24. unverändert
25. In § 137a Absatz 7 Nummer 6 wird die Angabe „Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.	25. unverändert
	25a. § 176 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:
	„(1) Die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft gilt nur dann als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, wenn die Solidargemeinschaft am 20. Januar 2021 bereits bestanden hat und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurde, sie beides dem Bundesministerium für Gesundheit nachweist

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	und auf ihren alle fünf Jahre zu stellenden Antrag hin das Bundesministerium für Gesundheit jeweils das Vorliegen eines testierten Gutachtens über die dauerhafte Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 3 bestätigt. Ein Antrag nach Satz 1 kann erstmalig nur bis einschließlich 30. Juni 2026 gestellt werden.“
26. § 197b wird wie folgt geändert:	26. unverändert
a) In Satz 1 wird nach der Angabe „Rechte“ die Angabe „und Interessen“ eingefügt. b) In Satz 3 wird die Angabe „§§ 89, 90 bis 92“ durch die Angabe „§§ 89 bis 92“ ersetzt.	
27. § 202 Absatz 1a wird wie folgt geändert:	27. unverändert
a) In Satz 1 wird die Angabe „über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes“ durch die Angabe „über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches und über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes“ ersetzt.	
b) In Satz 7 wird nach der Angabe „Einkommensteuergesetzes“ die Angabe „und über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches“ eingefügt.	
	27a. In § 221a Absatz 1, 3 und 4 wird jeweils nach der Angabe „des Krankenhausentgeltgesetzes“ die Angabe „und nach § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ eingefügt.
	27b. Nach § 226 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:
	„(6) Sind Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b versicherungspflichtig sind, durch Ableistung eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder eines vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienstes auch nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 versicherungspflichtig, sind die in § 5 Absatz 1 Nummer 11b und in § 237 Satz 3 genannten Leistungen bis zum Erreichen der in § 10 Absatz 2 Nummer 3 genannten Altersgrenzen beitragsfrei.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	27c. § 271 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:
	„(5) Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2020 jährlich 100 Millionen Euro, jeweils abzüglich der Hälfte des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugeführt. Abweichend von Satz 1 werden dem Innovationsfonds im Jahr 2026 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 100 Millionen Euro abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugeführt.“
28. § 273 Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:	28. unverändert
„(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 5 ab dem Berichtsjahr 2013 durch. Die in Satz 1 genannten Prüfungen sind spätestens bis zum Ablauf des 15. Kalenderjahres, das auf das Berichtsjahr folgt, auf das sich die jeweilige Prüfung bezieht, abzuschließen. Im Rahmen der Prüfung nach den Absätzen 4 oder 5 kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, dass die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag nicht innerhalb der Frist gemäß § 71 Absatz 4 Satz 2, § 71 Absatz 4 Satz 3 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung oder § 73b Absatz 9 Satz 2 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung beanstandet hat. Satz 1 gilt nicht für abgeschlossene Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 3 Satz 1 und 2 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung; für die Ermittlung des Korrekturbetrags gilt Absatz 6.“	
29. In § 278 Absatz 2 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „Pflegekräften“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.	29. unverändert
30. In § 283 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.	30. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
31. § 291 Absatz 9 wird durch den folgenden Absatz 9 ersetzt:	31. § 291 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:
	<p>„(7) Die Krankenkassen stellen den Versicherten gemäß den Festlegungen der Gesellschaft für Telematik ein technisches Verfahren barrierefrei zur Verfügung, welches die Anforderungen nach § 336 Absatz 4 erfüllt. Mit Zustimmung des Versicherten sind die Krankenkassen hierbei befugt, zur Prüfung der Identität des Versicherten Daten entsprechend den Vorgaben des § 20 Absatz 3a Satz 1 des Personalausweisgesetzes, des § 16a Absatz 3 Satz 1 des Passgesetzes und des § 78 Absatz 7 Satz 3 des Aufenthaltsgesetzes zu den betroffenen Datenkategorien und deren Verarbeitung auszulesen und zu verwenden; Entsprechendes gilt für das Auslesen und Verwenden von Daten aus einem amtlichen Ausweis oder Pass eines anderen Staates, mit dem die Pass- und Ausweispflicht im Inland erfüllt wird. Die Krankenkassen stellen den Versicherten gemäß den Festlegungen der Gesellschaft für Telematik ein technisches und automatisiertes Verfahren barrierefrei zur Verfügung, um aus der Komponente nach § 360 Absatz 10 Satz 1 heraus die Nutzung von Verfahren zur Wahrnehmung der Zugriffsrechte nach § 336 Absatz 1 zu beantragen. Die Krankenkassen haben die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Versicherte ein Identifizierungsverfahren spätestens am übernächsten Werktag nach der Beantragung nach Satz 3 nutzen können.“</p>
	b) Die Absätze 8 und 9 werden durch die folgenden Absätze 8 und 9 ersetzt.
<p>„(9) Die Versicherten können von ihrer Krankenkasse über eine von ihrer Krankenkasse angebotene Benutzeroberfläche einen Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für die Vorlage bei einem Leistungserbringer anfordern, der unmittelbar von der Krankenkasse über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 an den Leistungserbringer übermittelt wird. Mit Einwilligung des Versicherer-</p>	<p>„(8) Die Krankenkassen stellen den Versicherten ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte auf Verlangen eine digitale Identität für das Gesundheitswesen barrierefrei zur Verfügung, die die Vorgaben nach Absatz 2 Nummer 1 und 2 erfüllt und die Bereitstellung von Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 durch die Krankenkassen ermöglicht. Mit Zustimmung des Versicherten sind die Krankenkassen hier-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>ten kann ein Leistungserbringer den in Satz 1 genannten Nachweis auch unmittelbar über das sichere Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 anfordern. Der Leistungserbringer hat die Einwilligung des Versicherten zu protokollieren. Voraussetzung für die Nutzung des Verfahrens nach Satz 2 ist, dass der Versicherte in der jeweiligen Leistungserbringerinstitution bekannt ist. Das Verfahren nach den Sätzen 2 bis 4 soll nur in Ausnahmefällen genutzt werden. Das Weitere zur Durchführung des Verfahrens nach den Sätzen 2 bis 4 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer. Für die Mitteilung der durchgeführten Prüfung des Nachweises nach Satz 1 durch den Leistungserbringer gilt § 291b Absatz 3 entsprechend.“</p>	<p>bei befugt, zur Prüfung der Identität des Versicherten Daten entsprechend den Vorgaben des § 20 Absatz 3a Satz 1 des Personalausweisgesetzes, des § 16a Absatz 3 Satz 1 des Passgesetzes und des § 78 Absatz 7 Satz 3 des Aufenthaltsgesetzes zu den betroffenen Datenkategorien und deren Verarbeitung auszulesen und zu verwenden; Entsprechendes gilt für das Auslesen und Verwenden von Daten aus einem amtlichen Ausweis oder Pass eines anderen Staates, mit dem die Pass- und Ausweispflicht im Inland erfüllt wird. Ab dem 1. Januar 2027 dient die digitale Identität nach Satz 1 in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte zur Authentisierung des Versicherten im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis nach § 291a Absatz 1. Die Gesellschaft für Telematik legt die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität der digitalen Identitäten fest. Die Festlegung der Anforderungen an die Sicherheit und den Datenschutz erfolgt dabei im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit auf Basis der jeweils gültigen Technischen Richtlinien des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik und unter Berücksichtigung der notwendigen Vertrauensniveaus der unterstützten Anwendungen. Eine digitale Identität kann über verschiedene Ausprägungen mit verschiedenen Sicherheits- und Vertrauensniveaus verfügen. Das Sicherheits- und Vertrauensniveau der Ausprägung einer digitalen Identität muss mindestens dem Schutzbedarf der Anwendung entsprechen, bei der die digitale Identität eingesetzt wird. Abweichend von Satz 7 kann der Versicherte nach umfassender Information durch die Krankenkasse über die Besonderheiten des Verfahrens in die Nutzung einer digitalen Identität einwilligen, die einem anderen angemessenen Sicherheitsniveau entspricht. Die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität dieses Nutzungswege der digitalen Identität werden von der Gesellschaft für Telematik festgelegt. Die Festlegung erfolgt hinsichtlich</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>der Anforderungen an die Sicherheit und den Datenschutz im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Die Krankenkassen sind verpflichtet, berechtigten Dritten die Nutzung der digitalen Identitäten nach Satz 1 zum Zwecke der Authentifizierung von Versicherten zu ermöglichen. Berechtigte Dritte nach Satz 11 sind Anbieter von Anwendungen nach § 306 Absatz 4 oder Anbieter, für die auf Grund eines Gesetzes oder einer Rechtsverordnung die Nutzung der digitalen Identität nach Satz 1 vorgeschrieben ist. Darüber hinaus kann die Gesellschaft für Telematik durch verbindlichen Beschluss nach § 315 Absatz 1 Satz 1 Anbieter weiterer Dienste oder Anwendungen nach § 306 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a als berechtigte Dritte diskriminierungsfrei festlegen. Berechtigte Dritte dürfen zum Zweck der Authentifizierung von Versicherten mittels der digitalen Identitäten personenbezogene Daten des Versicherten verarbeiten, sofern diese für die Nutzung der digitalen Identität erforderlich sind und der Versicherte in die Nutzung der digitalen Identität durch die jeweilige Anwendung eingewilligt hat. Bei der Verarbeitung sind die Anforderungen des Datenschutzes einzuhalten. Die Krankenkassen stellen den zur Nutzung berechtigten Dritten Verfahren zur Erprobung der Integration der digitalen Identität nach Satz 1 zur Verfügung.</p>
	<p>(9) Die Versicherten können von ihrer Krankenkasse über eine von ihrer Krankenkasse angebotene Benutzeroberfläche einen Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für die Vorlage bei einem Leistungserbringer anfordern, der unmittelbar von der Krankenkasse über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 an den Leistungserbringer übermittelt wird. Mit Einwilligung des Versicherten kann ein Leistungserbringer den in Satz 1 genannten Nachweis auch unmittelbar über das sichere Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 anfordern. Die Ein-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>willigung des Versicherten kann formlos erfolgen. Der Leistungserbringer hat die Einwilligung des Versicherten in seinem informationstechnischen System zu protokollieren. Voraussetzung für die Nutzung des Verfahrens nach Satz 2 ist, dass der Versicherte in der jeweiligen Leistungserbringerinstitution bekannt ist. Die Krankenkasse hat den Versicherten über die Ausstellung eines Nachweises der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach den Sätzen 2 bis 5 auf geeignete Weise zu benachrichtigen. Das Verfahren nach den Sätzen 2 bis 6 soll nur in Ausnahmefällen genutzt werden. Das Weitere zur Durchführung des Verfahrens nach den Sätzen 2 bis 6 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer. Für die Mitteilung der durchgeführten Prüfung des Nachweises nach Satz 1 durch den Leistungserbringer gilt § 291b Absatz 3 entsprechend.“</p>
	<p>31a. § 291a Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:</p>
	<p>„Ab dem 1. Januar 2027 kann der Versicherungsnachweis auch durch eine digitale Identität nach § 291 Absatz 8 erbracht werden.“</p>
	<p>31b. Nach § 311 Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:</p>
	<p>„(1a) Die Aufgaben der Zulassung, der Festlegung und der Bestätigung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 bis 6 sowie der Erteilung von Anweisungen zur Abwehr von Gefahren für die Funktionsfähigkeit und Sicherheit der Telematikinfrastruktur und zur Vermeidung von Störungen nach § 329 Absatz 3 Satz 2 und zur Beseitigung von Sicherheitsmängeln nach § 333 Absatz 3 sowie die Beauftragung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und die Zertifizierung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 werden als hoheitliche Aufgaben des Bundes durch die Gesellschaft für Telematik als Beliehene wahrgenommen. Die Zertifizierungsleistungen nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 können als hoheitliche Aufgaben des Bundes neben der Gesellschaft für Telematik auch durch die Stellen nach § 385 Absatz 7</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>als Beliehene erbracht werden. Die Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 schließt die Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten und zu deren Vollstreckung, zur Rücknahme und zum Widerruf der erlassenen Verwaltungsakte sowie zum Erlass der Widerspruchsbescheide ein. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Entscheidungen der Beliehenen haben keine aufschiebende Wirkung. Die Gesellschaft für Telematik unterliegt bei der Wahrnehmung der ihr übertragenen hoheitlichen Aufgaben der Rechts- und Fachaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.“</p>
32. In § 317 Absatz 1 Satz 3 Nummer 7 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.	32. unverändert
	<p>32a. Die beiden §§ 326 werden durch den folgenden § 326 ersetzt:</p>
	<p style="text-align: right;">„§ 326“</p>
	<p>Verbot der Nutzung der Telematikinfrastruktur ohne Zulassung oder Bestätigung</p>
	<p>Anbieter von Betriebsleistungen oder von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur müssen über die nach § 323 Absatz 2 und § 325 Absatz 1 erforderliche Zulassung oder über die nach § 327 Absatz 2 Satz 1 erforderliche Bestätigung verfügen, bevor sie die Telematikinfrastruktur nutzen.“</p>
33. § 340 Absatz 5 bis 7 wird durch die folgenden Absätze 5 bis 7 ersetzt:	33. unverändert
<p>„(5) Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen dürfen nur an Leistungserbringerinstitutionen ausgegeben werden, denen ein Leistungserbringer, der Inhaber eines elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises ist, zugeordnet werden kann. Satz 1 findet keine Anwendung auf die Ausgabe von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen an Hilfsmittelerbringer.</p>	
<p>(6) Spätestens ab dem 1. Januar 2028 haben die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie den Absätzen 2 und 4 ergänzend zu den Heilberufs- und Berufsausweisen auf Verlangen des</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Leistungserbringers eine digitale Identität für das Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist.	
(7) Spätestens ab dem 1. Januar 2028 haben die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und den Absätzen 2 und 4 ergänzend zu den Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen auf Verlangen der Leistungserbringerinstitution eine digitale Identität für das Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist.“	
34. Nach § 340 wird der folgende § 340a eingefügt:	34. Nach § 340 wird der folgende § 340a eingefügt:
„§ 340a	„§ 340a
Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen	Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen
(1) Eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen darf von demjenigen, an den sie ausgegeben wurde, weder entgeltlich noch unentgeltlich unbefugt weitergegeben werden. Bei Aufgabe der Leistungserbringerinstitution hat derjenige, an den eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen ausgegeben wurde, oder dessen Nachfolger deren Sperrung unverzüglich zu veranlassen.	(1) unverändert
(2) Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung nach dem Elften Buch ist für die Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 verantwortlich. <i>Die Einrichtungsleitung hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass die Pflegedienstleitung oder eine andere beschäftigte Person über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität für das Gesundheitswesen nach § 340 Absatz 6 verfügt.</i> “	(2) Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung nach dem Elften Buch ist für die Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 verantwortlich.“
35. § 342 wird wie folgt geändert:	35. § 342 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 4 ersetzt:	a) Absatz 2 Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 4 ersetzt:
„4. zusätzlich, sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, spätestens jedoch bis zum 31. März 2026, die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten nach § 363 zu Forschungszwecken bereitgestellt werden können.“	„4. zusätzlich, sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, spätestens jedoch bis zum 30. Oktober 2026, die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten nach § 363 zu Forschungszwecken bereitgestellt werden können.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 2a Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:	b) unverändert
„1. sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, spätestens jedoch bis zum 31. März 2026, zur digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses des Versicherten	
a) Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 11 zu arzneimittelbezogenen Verordnungsdaten und Dispensierinformationen zur Darstellung der aktuell verordneten Medikation sowie Daten zu frei verkäuflichen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln in semantisch und syntaktisch interoperabler Form in einem Informationsobjekt nach § 355 genutzt werden können und die Erstellung und Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b unterstützen;	
b) Daten des elektronischen Medikationsplans nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b in einem Informationsobjekt nach § 355 in semantisch und syntaktisch interoperabler Form in der elektronischen Patientenakte zur Verfügung gestellt werden können und Ergänzungen durch den Versicherten nach § 337 Absatz 1 Satz 1 vorgenommen werden können;	
c) Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 in einem Informationsobjekt nach § 355 in semantisch und syntaktisch interoperabler Form zur Verfügung gestellt werden können und die Nutzung der Daten nach Buchstabe a sowie die Erstellung und Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans nach Buchstabe b unterstützen können;	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
d) die Versicherten oder durch sie bestimmte Vertreter über die Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts einen Widerspruch gegenüber Zugriffsberechtigten nach § 352 gegen die Übermittlung und Speicherung von Daten des Versicherten nach den Buchstaben a bis c insgesamt barrierefrei erklären können und“.	
36. Nach § 347 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:	36. unverändert
„(6) Die Verpflichtungen nach Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 bestehen nicht, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung nach Satz 1 haben Leistungserbringer nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren.“	
37. § 348 wird wie folgt geändert:	37. unverändert
a) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „nach den Absätzen 1 und 2“ durch die Angabe „nach den Absätzen 1 bis 3“ ersetzt.	
b) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:	
„(6) Die Verpflichtungen nach den Absätzen 1, 3 Satz 1, nach Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 bestehen nicht, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nach Satz 1 haben Leistungserbringer nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren.“	
38. Nach § 349 Absatz 7 wird der folgende Absatz 8 eingefügt:	38. unverändert
„(8) Die Verpflichtungen nach Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1 bestehen nicht, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung nach Satz 1 haben Zugriffsberechtigte nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren.“	
	38a. Nach § 352 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:
	„Die Zugriffsrechte nach Satz 1 gelten nicht für Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8.“
39. § 360 Absatz 10 wird durch den folgenden Absatz 10 ersetzt:	39. § 360 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 8 wird die Angabe „1. Januar 2026“ durch die Angabe „1. Oktober 2027“ ersetzt.
	b) Absatz 10 wird durch den folgenden Absatz 10 ersetzt:
„(10) Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, die Komponenten der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ermöglichen, als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Die Funktionsfähigkeit und Interoperabilität der Komponenten sind durch die Gesellschaft für Telematik sicherzustellen. Die Sicherheit der Komponenten des Systems zur Übermittlung ärztlicher Verordnungen einschließlich der Zugriffsmöglichkeiten für Versicherte ist durch ein externes Sicherheitsgutachten nachzuweisen. Dabei ist abgestuft im Verhältnis zum Gefährdungspotential nachzuweisen, dass die Verfügbarkeit, Integ-	„(10) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>rität, Authentizität und Vertraulichkeit der Komponenten sichergestellt werden. Die Festlegung der Prüfverfahren und die Auswahl des Sicherheitsgutachters für das externe Sicherheitsgutachten erfolgt durch die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. Das externe Sicherheitsgutachten muss dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zur Prüfung vorgelegt und durch dieses bestätigt werden. Erst mit der Bestätigung des externen Sicherheitsgutachtens durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik dürfen die Komponenten durch die Gesellschaft für Telematik zur Verfügung gestellt werden. Komponenten nach diesem Absatz, für die ein externes Sicherheitsgutachten vorliegt, das gemäß Satz 6 durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestätigt wurde, dürfen den Versicherten abweichend von Satz 7 auch durch die Krankenkassen und durch die in § 362 Absatz 1 genannten Kostenträger über die Benutzeroberfläche gemäß § 342 zur Verfügung gestellt werden. § 11 Absatz 1 und 1a des Apothekengesetzes sowie § 31 Absatz 1 Satz 5 bis 7 bleiben unberührt.“</p>	
40. § 361 wird wie folgt geändert:	40. unverändert
a) Die Absätze 2 bis 4 werden durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:	
<p>„(2) Auf Daten der Versicherten in vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen nach Absatz 1 und nach Maßgabe des § 339 Absatz 2 nur zugreifen mit</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutio-nen oder 	
<ol style="list-style-type: none"> 2. einer digitalen Identität nach § 340 Ab-satz 7. 	
<p>Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat.“</p>	
b) Absatz 5 wird zu Absatz 3 und in Satz 3 wird die Angabe „Absätzen 1 bis 4“ durch die Angabe „Absätzen 1 und 2“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
41. § 362 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:	41. § 362 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:
<p>„(1) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, der Bundespolizei, der Landespolizeien, von der Bundeswehr oder von Trägern der freien Heilfürsorge elektronische Gesundheitskarten oder digitale Identitäten für die Verarbeitung von Daten einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 an ihre Versicherten, an Polizeivollzugsbeamte, an sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder an Soldaten zur Verfügung gestellt, sind § 291 Absatz 8 Satz 5 bis 9, § 291a Absatz 5 bis 7, die §§ 334 bis 337, 339, 341 Absatz 1 bis 4, § 342 Absatz 2 Nummer 1, 3 und 4 und Absatz 3, § 343 Absatz 1 und 1a, die §§ 344, 345, 352, 353, 356 bis 359a und 361 entsprechend anzuwenden. § 342 Absatz 2 Nummer 2 ist entsprechend anwendbar mit der Maßgabe, dass die Verpflichtung ab dem 1. Januar 2028 gilt.</p>	<p>„(1) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, der Bundespolizei, der Landespolizeien, von der Bundeswehr oder von Trägern der freien Heilfürsorge elektronische Gesundheitskarten oder digitale Identitäten für die Verarbeitung von Daten einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 an ihre Versicherten, an Polizeivollzugsbeamte, an sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder an Soldaten zur Verfügung gestellt, sind § 291 Absatz 8 Satz 6 bis 10, § 291a Absatz 5 bis 7, die §§ 334 bis 337, 339, 341 Absatz 1 bis 4, § 342 Absatz 2 Nummer 1, 3 und 4 und Absatz 3, § 343 Absatz 1 und 1a, die §§ 344, 345, 352, 353, 356 bis 359a und 361 entsprechend anzuwenden. § 342 Absatz 2 Nummer 2 ist entsprechend anwendbar mit der Maßgabe, dass die Verpflichtung ab dem 1. Januar 2028 gilt.</p>
<p>(2) Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten oder digitaler Identitäten nach Absatz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die Bundespolizei, die Landespolizeien, die Bundeswehr oder die Träger der freien Heilfürsorge als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 nutzen. § 290 Absatz 1 Satz 4 bis 7 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Absatz 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Absatz 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer zu entsprechen. Die Vertrauensstelle hat die vergebenen Versichertennummern in das von ihr nach § 290 Absatz 3 geführte Verzeichnis der Krankenversichertennummern aufzunehmen.“</p>	<p>(2) unverändert</p>
42. In § 373 Absatz 3 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.	42. unverändert
43. § 374 wird wie folgt geändert:	43. unverändert
a) In Satz 1 wird die Angabe „und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
auf Bundesebene sowie der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.	
b) In Satz 2 wird die Angabe „der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „,die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.	
44. § 393 Absatz 4 wird wie folgt geändert:	44. unverändert
a) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:	
„Wird ein informationstechnisches System nach dem 30. Juni 2025 erstmalig in Verkehr gebracht, gilt als aktuelles C5-Testat im Sinne des Absatzes 3 Nummer 2 für die ersten 18 Monate nach dem Inverkehrbringen ein C5-Typ1-Testat, ab dem 19. Monat nach dem Inverkehrbringen ein C5-Typ2-Testat.“	
b) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.	
45. § 399 wird wie folgt geändert:	45. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:	
„2. entgegen § 64e Absatz 11b Satz 5 oder § 303e Absatz 5 Satz 4, auch in Verbindung mit § 363 Absatz 4 Satz 2, dort genannte Daten verarbeitet.“.	
bb) Nach Nummer 2 werden die folgenden Nummern 3 und 4 eingefügt:	
„3. entgegen § 340a Absatz 1 Satz 1 eine dort genannte Komponente weitergibt,	
4. entgegen § 340a Absatz 1 Satz 2 eine Sperrung nicht oder nicht rechtzeitig veranlasst oder“.	
cc) Die bisherige Nummer 3 wird zu Nummer 5.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) In Absatz 2 wird die Angabe „bis zu drei Jahren“ durch die Angabe „bis zu zwei Jahren“ ersetzt.	
	46. Nach § 427 wird der folgende § 428 eingefügt:
	„§ 428
	Übergangsregelung aus Anlass des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts
	Für Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der am 31. Dezember 2024 geltenden Fassung in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung erhalten, gelten die Vorschriften des § 5 Absatz 1 Nummer 6, des § 49 Absatz 1 Nummer 3, des § 55 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und 3 und Satz 4, des § 62 Absatz 2 Satz 4 und 5 Nummer 2, des § 192 Absatz 1 Nummer 3, des § 235 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 2 Satz 1, des § 242 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5, des § 251 Absatz 1 und des § 294a Absatz 1 Satz 1 in der jeweils am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter.“
	Artikel 3a
	Weitere 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 3 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	In § 31 Absatz 1a Satz 5 wird die Angabe „Bis 60 Monate nach dem Wirksamwerden der Regelung nach Satz 4“ durch die Angabe „Bis zum 31. Dezember 2026“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 4	Artikel 4
Änderung des Pflegezeitgesetzes	u n v e r ä n d e r t
Das Pflegezeitgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 68 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
In § 2 Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „ärztliche Bescheinigung“ die Angabe „oder eine Bescheinigung einer Pflegefachperson“ eingefügt.	
Artikel 5	Artikel 5
Änderung des Pflegeberufegesetzes	Änderung des Pflegeberufegesetzes
Das Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Die Angabe zu Teil 1 Abschnitt 2 wird durch die folgende Angabe ersetzt:	
„Abschnitt 2 Vorbehaltene Aufgaben; eigenverantwortliche Heilkundeausübung“.	
b) Die Angabe zu § 4 wird durch die folgende Angabe ersetzt:	
„§ 4 Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung	
§ 4a Eigenverantwortliche Heilkundeausübung“.	
c) Nach der Angabe zu § 14 wird die folgende Angabe eingefügt:	
„§ 14a Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben“.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Die Überschrift des Teils 1 Abschnitt 2 wird durch die folgende Überschrift ersetzt:	2. unverändert
<p>„Abschnitt 2</p> <p>Vorbehaltene Aufgaben; eigenverantwortliche Heilkundeausübung“.</p>	
3. § 4 wird wie folgt geändert:	3. unverändert
a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:	
<p>„§ 4</p> <p>Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung“.</p>	
b) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „werden“ die Angabe „(Pflegeprozessverantwortung)“ eingefügt.	
c) In Absatz 2 Nummer 1 wird nach der Angabe „Pflegebedarfs“ die Angabe „und die Planung der Pflege“ eingefügt.	
4. Nach § 4 wird der folgende § 4a eingefügt:	4. Nach § 4 wird der folgende § 4a eingefügt:
<p>„§ 4a</p> <p>Eigenverantwortliche Heilkundeausübung</p>	<p>„§ 4a</p> <p>Eigenverantwortliche Heilkundeausübung</p>
<p>Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung im Rahmen der <i>nach diesem Gesetz</i> dazu erworbenen Kompetenzen befugt.“</p>	<p>Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung im Rahmen der dazu erworbenen staatlich geprüften, staatlich anerkannten oder staatlich festgestellten Kompetenzen befugt.“</p>
5. Nach § 14 wird der folgende § 14a eingefügt:	5. unverändert
<p>„§ 14a</p> <p>Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben</p>	
<p>Die Fachkommission nach § 53 kann mit empfehlender Wirkung standardisierte Beschreibungen für die erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben (standardisierte Kompetenzbeschreibungen) entwickeln, soweit diese Kompetenzen nicht bereits im Rah-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>men der Ausbildung nach § 5 vermittelt werden. Dazu gehören insbesondere standardisierte Beschreibungen der nach § 37 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 zu vermittelnden Kompetenzen. Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach den Sätzen 1 und 2 können gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden. Änderungen der standardisierten Kompetenzbeschreibungen bedürfen einer erneuten Genehmigung. Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen sollen in geeigneten Abständen an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden.“</p>	
6. § 37 wird wie folgt geändert:	6. unverändert
a) Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
<p>„Sie vermittelt zusätzlich die zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben bei besonderen Versorgungsbedarfen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik.“</p>	
b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 6 wird die Angabe „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Übernahme von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.	
bb) In Nummer 7 wird die Angabe „der eigenverantwortlich und selbständig ausgeübten erweiterten heilkundlichen Aufgaben“ durch die Angabe „der eigenverantwortlich wahrgenommenen heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.	
cc) In Nummer 9 wird die Angabe „die selbständige und eigenverantwortliche Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „die eigenverantwortliche Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben in den in Absatz 2 Satz 2 genannten Bereichen“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
7. In § 48a Absatz 1 Nummer 3 wird die Angabe „der vorbehaltenen Tätigkeiten“ durch die Angabe „der vorbehaltenen Aufgaben“ ersetzt.	7. u n v e r ä n d e r t
8. In § 48b Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „vorbehaltene Tätigkeiten“ durch die Angabe „der vorbehaltenen Aufgaben“ ersetzt.	8. u n v e r ä n d e r t
	8a. In § 58 Absatz 3 wird die Angabe „bis 4“ durch die Angabe „bis 4a“ ersetzt.
9. § 66e wird durch den folgenden § 66e ersetzt:	9. u n v e r ä n d e r t
„§ 66e	
Übergangsvorschrift für Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen	
Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen, können die Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 ebenfalls erwerben. Für den gesonderten Erwerb der Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 finden die Vorschriften von Teil 3 dieses Gesetzes in der geltenden Fassung entsprechende Anwendung. Die gesondert erworbenen Kompetenzen werden zum Ende des Studienangebots staatlich geprüft.“	
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBI. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 60 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBI. 2024 I Nr. 323) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
§ 421d Absatz 3 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Abweichend von § 146 Absatz 2 besteht für das Kalenderjahr 2020 der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 15 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für 30 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 35 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 70 Tage fortgezahlt; für das Kalenderjahr 2021 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 30 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslo-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
sen längstens für 60 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 65 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 130 Tage fortgezahlt; für das Kalenderjahr 2022 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 30 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für 60 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 65 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 130 Tage fortgezahlt; für das Kalenderjahr 2023 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 30 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für 60 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 65 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 130 Tage fortgezahlt; für die Kalenderjahre 2024 bis 2026 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für jeweils 15 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für jeweils 30 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als jeweils 35 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als jeweils 70 Tage fortgezahlt.“	
Artikel 7	Artikel 7
Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 66 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
In § 47 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 47 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches“ durch die Angabe „§ 47 Absatz 1, 2 und 5 des Fünften Buches“ ersetzt.	
Artikel 8	Artikel 8
Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 8 Absatz 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 449) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
In § 64k wird die Angabe „, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 des Elften Buches festgelegt hat,“ gestrichen.	
Artikel 9	Artikel 9
Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung	unverändert
Die Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die zuletzt durch Artikel 4 der Verordnung vom 21. November 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 360) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. § 33 Absatz 1 Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Für die Prüfung der Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes durch hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen müssen dem Prüfungsausschuss zusätzlich zu den in Satz 2 Nummer 1 bis 4 genannten Personen zwei ärztliche Fachprüferinnen oder Fachprüfer angehören; die ärztlichen Fachprüferinnen und Fachprüfer sollen die studierenden Personen in den Kompetenzen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung dieser heilkundlichen Aufgaben unterrichtet haben, die Gegenstand der staatlichen Prüfung sind.“	
2. § 37 wird wie folgt geändert:	
a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes“ ersetzt.	
bb) In Satz 4 wird die Angabe „der selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „der eigenverantwortlichen Wahrnehmung dieser heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cc) In Satz 6 wird die Angabe „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung dieser heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.	
b) In Absatz 5a Satz 1 wird die Angabe „zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.	
3. In § 42 Satz 2 wird die Angabe „erweiterten heilkundlichen Kompetenzen“ durch die Angabe „Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.	
4. Anlage 5 Teil B wird wie folgt geändert:	
a) Abschnitt I wird wie folgt geändert:	
aa) In der Überschrift wird die Angabe „erweiterter heilkundlicher Verantwortung“ durch die Angabe „Verantwortung zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes“ ersetzt.	
bb) In dem ersten Spiegelstrich wird die Angabe „Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Angabe „eigenverantwortliche Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.	
cc) In dem zweiten Spiegelstrich wird die Angabe „Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Angabe „eigenverantwortliche Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.	
dd) In dem dritten Spiegelstrich wird die Angabe „den erweiterten heilkundlichen Kompetenzen“ durch die Angabe „der eigenverantwortlichen Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.	
ee) In dem vierten Spiegelstrich wird die Angabe „übernehmen eine erweiterte Verantwortung für die Einbettung heilkundlicher Tätigkeiten in den Pflege-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„und Therapieprozess“ durch die Angabe „übernehmen die Verantwortung für die Einbettung der eigenverantwortlich wahrgenommenen heilkundlichen Aufgaben in den Pflege- und Therapieprozess“ ersetzt.	
ff) In dem sechsten Spiegelstrich wird die Angabe „die selbständig ausgeführten übertragenen erweiterten heilkundlichen Aufgaben“ durch die Angabe „die eigenverantwortlich wahrgenommenen heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.	
b) Abschnitt II wird wie folgt geändert:	
aa) In der Überschrift wird die Angabe „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse“ durch die Angabe „Verantwortung für heilkundliche Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes im Rahmen von Pflege- und Therapieprozessen“ ersetzt.	
bb) In dem neunten Spiegelstrich wird die Angabe „selbständige Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Angabe „eigenverantwortliche Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.	
c) Abschnitt III wird wie folgt geändert:	
aa) In der Überschrift wird die Angabe „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse“ durch die Angabe „Verantwortung für heilkundliche Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes im Rahmen von Pflege- und Therapieprozessen“ ersetzt.	
bb) In dem sechsten Spiegelstrich wird die Angabe „erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.	
d) In der Überschrift des Abschnitts IV wird die Angabe „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse“ durch die Angabe „Verantwortung für heilkundliche Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes im Rahmen von Pflege- und Therapieprozessen“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. In Anlage 14 wird die Angabe „über die erweiterten heilkundlichen Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes“ durch die Angabe „über die zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen“ und die Angabe „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes“ ersetzt.	
	Artikel 9a
	Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland
	Das Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754, 2801) wird wie folgt geändert:
	1. § 1 wird durch den folgenden § 1 ersetzt:
	„§ 1
	Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland
	Die hohen ethischen Standards gerecht werdende Anwerbung von Pflegekräften und auszubildenden Personen in einem Pflegeberuf aus Staaten, die nicht Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (Drittstaaten) sind, kann von den anwerbenden Leistungserbringern und Unternehmen der privaten Personalvermittlung freiwillig durch ein Gütesiegel des Bundesministeriums für Gesundheit kenntlich gemacht werden. Das Gütesiegel bezieht sich insbesondere auf die Einhaltung von Anforderungen an
	1. Vereinbarungen, die zum Zweck der Anwerbung von Pflegekräften und auszubildenden Personen in einem Pflegeberuf aus Drittstaaten zwischen dem anwerbenden

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Leistungserbringer oder, sofern von ihm beauftragt, dem Unternehmen der privaten Personalvermittlung und Pflegekräften oder auszubildenden Personen geschlossen werden, sowie
	2. Verfahrensweisen zur Gewinnung und Integration von Pflegekräften aus Drittstaaten mit im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen und von auszubildenden Personen in einem Pflegeberuf.“
	2. § 2 Absatz 3 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Die Zustimmung wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend erteilt.“
	3. In § 3 Absatz 2 wird nach der Angabe „Pflegekräften“ die Angabe „und auszubildenden Personen in einem Pflegeberuf“ eingefügt.“
Artikel 10	Artikel 10
Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes	unverändert
Das Grundstoffüberwachungsgesetz vom 11. März 2008 (BGBl. I S. 306), das zuletzt durch Artikel 8z des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
§ 19 wird wie folgt geändert:	
1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
a) In Nummer 2 wird die Angabe „Artikel 3 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 273/2004“ durch die Angabe „Artikel 3 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 273/2004 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.	
b) In Nummer 3 wird die Angabe „Artikel 6 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005“ durch die Angabe „Artikel 6 Absatz 1 Unterabsatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.	
c) In Nummer 4 wird die Angabe „Artikel 12 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005“ durch die Angabe „Artikel 12 Absatz 1 Un-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
terabsatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.	
d) In Nummer 5 wird die Angabe „Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005“ durch die Angabe „Artikel 20 Absatz 1 Satz 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.	
2. Absatz 5 wird gestrichen.	
Artikel 11	Artikel 11
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBI. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBI. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
§ 14b wird wie folgt geändert:	
1. In Satz 3 wird die Angabe „jeweils zum Stichtag 30. Juni 2021 und 30. Juni 2024“ durch die Angabe „jeweils zum Stichtag 30. Juni 2021, 30. Juni 2024 und 1. März 2026“ ersetzt.	
2. Satz 4 wird gestrichen.	
Artikel 12	Artikel 12
Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	u n v e r ä n d e r t
Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBI. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBI. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
§ 7 Absatz 2 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	
„Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann feststellen, dass die weitere Aufbewahrung für die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 oder im Einzelfall für die Prüfungen nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist; in diesem Fall sind die in Satz 3 genannten Daten spätestens nach Ablauf des	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
15. Kalenderjahres zu löschen, das auf das Berichtsjahr folgt, auf das sich die jeweilige Prüfung bezieht.“	
Artikel 13	Artikel 13
Änderung des Mutterschutzgesetzes	unverändert
Das Mutterschutzgesetz vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 59) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
Nach § 20 Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:	
<p>„(4) Bei Personen, die nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung nicht in der Bundesrepublik Deutschland ansässig sind und deren Ansässigkeitsstaat nach diesem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung das Besteuerungsrecht für den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zusteht, sind für die Berechnung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nur die Beiträge zur Sozialversicherung als das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt nach Absatz 1 Satz 2 verminderte gesetzliche Abzüge zu berücksichtigen. Unterliegt der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vorschriften nicht der Steuer, sind alle gesetzlichen Abzüge nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.“</p>	
	Artikel 13a
	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
	<p>Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 30. September 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 231) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="798 1758 1416 2010">1. In § 9 Absatz 1b Satz 1 wird die Angabe „für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum 26. Dezember 2024 entsprechend neu zu vereinbaren“ durch die Angabe „für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. § 10 wird wie folgt geändert:
	<p>a) In Absatz 6 Satz 6 wird die Angabe „der Veränderungsrate“ durch die Angabe „der Veränderungsrate; hiervon abweichend entspricht der Veränderungswert für das Jahr 2026 dem nach Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert“ ersetzt.</p>
	<p>b) Absatz 10 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:</p>
	<p>„Die Vereinbarung des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts nach Absatz 8 Satz 5 und 7 ist bis zum 30. November jeden Jahres zu schließen; der bis zum 30. November 2025 zu schließende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 letzter Teilsatz bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 14 Absatz 1] neu zu vereinbaren.“</p>
	Artikel 13b
	Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	<p>Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 30. September 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 231) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
	<p>§ 9 Absatz 1 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:</p>
	<p>„5. bis zum 31. Oktober jedes Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 6 oder 7 des Krankenhausentgeltgesetzes, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanziertener Kostensteigerungen zu</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	vereinbaren; für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert.“.
Artikel 14	Artikel 14
Inkrafttreten	Inkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2026 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 1a bis 5 am 1. Januar 2026 in Kraft.
	(1a) Artikel 1 Nummer 24, 26 und 47 Buchstabe a bis c und e sowie Artikel 8 treten am 1. Juli 2026 in Kraft.
(2) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2027 in Kraft.	(2) Artikel 3 Nummer 27 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2025 in Kraft.
(3) Artikel 3 Nummer 27 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2025 in Kraft.	(3) Artikel 3a tritt mit Wirkung vom 2. Dezember 2025 in Kraft.
	(4) Die Artikel 2 und 9a treten am 1. Januar 2027 in Kraft.
	(5) Artikel 3 Nummer 32a und 46 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2024 in Kraft.
EU-Rechtsakte:	unverändert
1. Verordnung (EG) Nr. 273/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe (ABl. L 47 vom 18.2.2004, S. 1), die zuletzt durch die Delegierte Verordnung (EU) 2025/1475 der Kommission vom 21. Mai 2025 (ABl. L, 2025/1475, 25.7.2025) geändert worden ist	
2. Verordnung (EG) Nr. 111/2005 des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenaustauschstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern (ABl. L 22 vom 26.1.2005, S. 1; L 61 vom 2.3.2006, S. 23), die zuletzt durch die Delegierte Verordnung (EU) 2025/1475 der Kommission vom 21. Mai 2025 (ABl. L, 2025/1475, 25.7.2025) geändert worden ist	

Bericht der Abgeordneten Anne Janssen, Claudia Weiss, Claudia Moll, Simone Fischer und Evelyn Schötz**A. Allgemeiner Teil****I. Überweisung****Zu Buchstabe a**

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 21/1511** in seiner 21. Sitzung am 11. September 2025 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Zudem hat er ihn an den Haushaltsausschuss sowie an den Ausschuss für Arbeit und Soziales zur Mitberatung überwiesen. Der Haushaltsausschuss wurde darüber hinaus gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beteiligt.

Die Unterrichtung auf **Drucksache 21/1935** wurde mit Unterrichtung auf Drucksache 21/2146 Nummer 1.6 gemäß § 80 Absatz 3 GO-BT an den Ausschuss für Gesundheit zur federführenden Beratung und an den Haushaltsausschuss sowie an den Ausschuss für Arbeit und Soziales zur Mitberatung überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/583** in seiner 15. Sitzung am 27. Juni 2025 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Zudem hat er ihn an den Haushaltsausschuss sowie an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Mitberatung überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen**Zu Buchstabe a**

Laut Bundesregierung sind Herausforderungen der Akut- und Langzeitpflege in den nächsten Dekaden im demografischen Wandel begründet: Ende des Jahres 2023 läge die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) insgesamt bei rund 5,6 Millionen. Die Pflegeprävalenz werde vermutlich auch in den nächsten Jahren weiter über dem demografiebedingt erwarteten Niveau liegen, sodass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2055 auf wahrscheinlich bis zu 8,2 Millionen anwachsen werde. Auch die Zahl der Patientinnen und Patienten in der Primär- und Krankenhausversorgung steige stetig an. Dies führe zu einer perspektivisch weiter steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen in allen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und -diensten. Gleichzeitig wachse der Bedarf sowohl an Pflegefachpersonen, Pflegeassistentenpersonen und Pflegehilfskräften, um der steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen entsprechen zu können. Es werde für das 2040 ein Bedarf von rund 150 000 zusätzlichen Pflegekräften prognostiziert. Um dem Rechnung zu tragen, müsse die Attraktivität des Pflegeberufs weiter gestärkt werden.

Deshalb sollten die fachlichen Potenziale von Pflegefachpersonen durch Erweiterung des durch sie durchführbaren Leistungsspektrums gehoben werden. Damit würden die Kompetenzen von Pflegefachpersonen stärker gewürdigt, die Versorgung weiter verbessert und langfristig sichergestellt. Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung sei eine sektoren- und professionenübergreifende, die Potenziale der Digitalisierung und der Telemedizininfrastruktur nutzende Zusammenarbeit ebenso unerlässlich wie der Zugang zu innovativen Versorgungsstrukturen und die Hebung von weiterem Pflegepotenzial.

Der demografische Wandel setze auch die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung unter Druck, da mit dem wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen steigende Ausgaben verbunden seien. Es sollten daher Schritte unternommen werden, um die pflegerischen Versorgungsstrukturen zu optimieren, Effizienzpotenziale besser auszuschöpfen.

fen, weitere Maßnahmen zur Entbürokratisierung und zur Vereinfachung des geltenden Rechts einzuleiten und das Thema Prävention vor und in der Pflege stärker in den Fokus zu rücken.

Daneben bestehe Regelungsbedarfe im Bereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Rahmen dieses Gesetzes angegangen werden sollen. Dazu gehörten unter anderem die Vermeidung einer übermäßigen Belastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Wohnsitz im Ausland beim Kranken- und Mutterschaftsgeld, die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes für das Jahr 2026, gesetzliche Klarstellungen zum vertragsärztlichen Notdienst, eine Anpassung in der Aufbringung der Mittel für den Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und eine Fristsetzung für die vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) durchgeführten Prüfungen der Datenmeldungen der Krankenkassen für den Risikostrukturausgleich (RSA).

Auch die digitale Transformation des Gesundheitswesens und der Pflege solle weiter vorangetrieben und die Regelungen zur sicheren Nutzung von IT regelmäßig aktualisiert werden. Das E-Rezept, das inzwischen etabliert ist, solle weiter optimiert werden.

Mit der Änderung von § 65d SGB V werde die Förderdauer der Modellvorhaben zur Förderung von Leistungserbringern, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandelten, um zwei Jahre verlängert.

Die Änderung im Grundstoffüberwachungsgesetz diene der Anpassung der Strafvorschrift an geändertes EU-Recht zu Drogenausgangsstoffen.

Der **Nationale Normenkontrollrat** (NKR) begrüßt in seiner Stellungnahme gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKRG) die mit dem Gesetzesvorhaben beabsichtigte Entlastung der Normadressaten und die damit einhergehende Verringerung bei den Bürokratiekosten. Positiv hebt er hervor, dass die beabsichtigte Realisierung einer Digitaldividende in nicht unerheblichem Umfang zu begrüßen sei. Die Darstellung der Regelungsfolgen sei nachvollziehbar und methodengerecht (Drucksache 21/1511 Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 1057. Sitzung am 26. September 2025 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen. Die Stellungnahme des Bundesrates und die Gegenäußerung der Bundesregierung finden sich auf Drucksache 21/1935.

Zu Buchstabe b

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bemängelt, dass weder im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD noch im Sofortprogramm der Bundesregierung zusätzlichen Mittel für die Pflegeversicherung für den Fall vorgesehen seien, dass dieser die Zahlungsunfähigkeit drohe. Ohne Gegenmaßnahmen könnten Pflegekassen in diesem Jahr aufgrund der Unterfinanzierung der Pflegeversicherung bereits in Zahlungsschwierigkeiten geraten. Gleichzeitig gerieten pflegende An- und Zughörige, die den Großteil der Versorgung finanziell und personell stemmten, an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Demgegenüber könnten Pflegedienste und -heime ihrerseits die gestiegene professionelle Unterstützung nicht bieten und immer mehr Pflegeanbieter gerieten in finanzielle Schieflage.

Der Antrag fordert die Bundesregierung auf, Sofortmaßnahmen für die Pflege zu ergreifen und diesem Politikfeld Priorität einzuräumen. Zu diesen Maßnahmen zählen:

1. umgehende finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung;
2. Egreifung von Maßnahmen, um die steigenden Zahlen von Insolvenzen unter den Pflegeanbietern zu stoppen;
3. Entwicklung von Eckpunkten zur Zusammenführung von Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz und Hinwirkung auf Lohnersatzleistung für pflegende An- und Zugehörige;
4. Beteiligung von Verbänden und Organisationen von pflegebedürftigen Menschen, pflegenden An- und Zughörigen und professionell Pflegenden sowie von Pflegeanbietern und Pflegekassen an der geplanten Bundes-Länder-Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer Pflegereform;
5. Einleitung von Gesetzgebungsverfahren zur Weiterentwicklung und Aufwertung des Pflegeberufs.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Hauhaltausschuss** hat in seiner 21. Sitzung am 5. November 2025 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/1511, 21/1935 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Aufgrund seiner Beteiligung nach § 96 GO-BT legt der Haushaltausschuss einen gesonderten Bericht vor.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 10. Sitzung 5. November 2025 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/1511, 21/1935 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Zu Buchstabe b

Der **Hauhaltausschuss** hat in seiner 21. Sitzung am 5. November 2025 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/583 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 10. Sitzung am 5. November 2025 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/583 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 10. Sitzung am 5. November 2025 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/583 zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 6. Sitzung am 10. September 2025 vorbehaltlich der Überweisung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 21/1511 beschlossen, eine öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf durchzuführen.

In seiner 8. Sitzung am 8. Oktober 2025 hat er die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 21/1511 sowie zum Antrag auf Drucksache 21/583 aufgenommen. Zudem hat er beschlossen, zum Antrag auf Drucksache 21/583 ebenfalls eine Anhörung durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 9. Sitzung am 8. Oktober 2025 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Aktion psychisch Kranke e. V. (APK), AOK Bundesverband, Arbeitgeberverband Pflege e. V., BKK-Dachverband, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGÜS), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), Bundesverband für Bildung im Rettungswesen e. V. (BVBRW), Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V., Bundesverband Pflegemanagement, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft von Selbsthilfeinrichtungen – Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen e. V. (BASSG), Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP), Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin e. V. (DGINA), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD), Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Bundesverband e. V., Deutscher Landkreistag, Deutscher Pflegerat e. V., Deutscher Städte- und Gemein-

debund, Deutscher Städtetag, gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, IKK Bundesverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Medizinischer Dienst Bund, Sozialverband VdK Deutschland e. V., Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e. V., Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband), Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB), Wir pflegen e. V., Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH). Als namentlich benannte Sachverständige waren eingeladen: Philip Esser (Regionalleitung AWO-Mittelrhein), Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke) und Prof. Dr. Thomas Klie (Evangelische Hochschule Freiburg). Auf das Wortprotokoll der Anhörung und die als Ausschussdrucksachen veröffentlichten Stellungnahmen 21(14)22 (1-33) wird verwiesen.

Der Ausschuss hat in seiner 13. Sitzung am 15. Oktober 2025 seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 21/1511 fortgesetzt und beschlossen, zu dem Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 21(14)33 zum Gesetzentwurf auf Drucksache 21/1511 eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 15. Sitzung am 3. November 2025 hat der Ausschuss die Beratung zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD auf Drucksache 21(14)33 aufgenommen und in seiner 16. Sitzung am 3. November 2025 eine öffentliche Anhörung dazu durchgeführt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AOK Bundesverband, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), BKK Dachverband, Bundesverband Managed Care e. V., Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, IKK Bundesverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Techniker Krankenkasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv). Als namentlich benannter Sachverständiger war Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Universität Witten/Herdecke, eingeladen.

Der Ausschuss hat in seiner 17. Sitzung am 5. November 2025 seine Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksache 21/1511 und zum Antrag auf Drucksache 21/583 fortgesetzt und abgeschlossen,

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/1511, 21/1935 in geänderter Fassung.

Zudem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/583.

Änderungsanträge

Die Fraktionen der CDU/CSU und SPD haben als Ergebnis der öffentlichen Anhörungen die Änderungsanträge auf den Ausschussdrucksachen 21(14)25 und 21(14)33 durch den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 21(14)37 ersetzt.

Die Änderungsanträge Nummer 16, 17 und 18 zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/1511, 21/1935 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge Nummer 1 bis 15 und 19 bis 36 zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/1511, 21/1935 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Ferner hat die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 21(14)21 11 Änderungsanträge mit folgendem Inhalt vorgelegt:

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 neue Nummer 9a (§ 10a SGB XI)

(Gesetzliche Verankerung des Amtes der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege)

Nach Artikel 1 Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

, 9a. Nach § 10 wird folgender § 10a eingefügt:

„§ 10a

Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege

(1) Die Bundesregierung bestellt eine Beauftragte oder einen Beauftragten für Pflege. Der oder dem Beauftragten für Pflege ist für die Erfüllung ihrer oder seiner Aufgabe die notwendige Personal- und Sachausstattung zur Verfügung zu stellen. Das Amt endet, außer im Fall der Entlassung, mit dem Zusammentreten eines neuen Bundestages.

(2) Aufgabe der oder des Beauftragten für Pflege ist es, darauf hinzuwirken, dass die Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden im Pflege- und Gesundheitssystems wahrgenommen und beachtet werden. Die oder der Beauftragte für Pflege setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass die Selbstbestimmung der Menschen mit Pflegebedarf gewahrt wird, die Qualität der pflegerischen Versorgung gesichert wird und unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse beachtet und in allen Bereichen der Versorgung berücksichtigt werden. Die oder der Beauftragte für Pflege wirkt auf eine frühzeitige und umfassende Beteiligung von Menschen mit Pflegebedarf, ihren pflegenden An- und Zugehörigen und beruflich Pflegenden in Fragen der Pflege, insbesondere in Fragen der pflegerischen Versorgung sowie der sozialen und privaten Pflegeversicherung, hin. (3) Zur Verbesserung der Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden wird durch die Beauftragte oder den Beauftragten für Pflege ein Beirat eingerichtet.

(4) Zur Wahrnehmung der Aufgabe nach Absatz 2 beteiligen die Bundesministerien die Beauftragte oder den Beauftragten für Pflege bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit sie Fragen der Pflege behandeln oder berühren. Alle Bundesbehörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes unterstützen die Beauftragte oder den Beauftragten für Pflege bei der Erfüllung der Aufgabe.“

Begründung:

Zu § 10a (Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege)

Im Entwurf für ein Pflegekompetenzgesetz, der am 18. Dezember 2024 vom damaligen rot-grünen Bundeskabinett beschlossen wurde, war die gesetzliche Verankerung des Amtes der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege vorgesehen. Die aktuelle Regierung aus Union und SPD hat diese Regelung aus ihren Entwürfen für das vorliegende Gesetz gestrichen. Diese Änderung ist nicht nachvollziehbar und zum Nachteil für die Pflege in Deutschland. Denn die garantierten Mitsprache- und Beteiligungsrechte des Amtes sind wichtig, um die Belange pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden angemessen vertreten zu können. Auch der einzurichtende Beirat wäre ein wichtiges Beteiligungsgremium gewesen. Die entsprechenden Regelungen sind deshalb gemäß diesem Änderungsantrag wieder in den Gesetzentwurf aufzunehmen.

Zu Absatz 1

Auf Bundesebene wird den Belangen der Menschen mit Pflegebedarf sowie der beruflich Pflegenden bereits seit 2014 durch die Ernennung einer oder eines Pflegebevollmächtigten mit dem in der Regelung enthaltenen Aufgaben- und Kompetenzspektrum durch Kabinettbeschluss der Bundesregierung Rechnung getragen. Das Amt hat sich in dieser Form bewährt. Die Stärkung der Pflege und die Berücksichtigung ihrer Belange bei allen Vorhaben hat sich als eine Aufgabe erwiesen, die u.a. aufgrund der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung und der Zunahme multimorbider Erkrankungen dauerhaft zu erfüllen ist. Die Bestellung einer oder eines Beauftragten für Pflege wird deshalb mit der Regelung im Gesetz verankert und verstetigt. Durch die gesetzliche Verankerung der

Aufgaben der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege entstehen dem Bundeshaushalt keine zusätzlichen Haushaltsausgaben.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Aufgabe der oder des Beauftragten für Pflege. Der oder die Beauftragte für Pflege soll in unabhängiger Funktion auf die Beachtung der Belange der Menschen mit Pflegebedarf, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden in allen relevanten Bereichen hinwirken. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Der oder die Beauftragte für Pflege setzt sich für die Sicherung der Qualität der pflegerischen Versorgung ein. Dies umfasst unter anderem die Unterstützung bei der Implementierung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgung.

Zu Absatz 3

Um den Interessen von pflegebedürftigen Menschen, ihren An- und Zugehörigen frühzeitig und fundiert Geltung im Rahmen politischer und gesellschaftlicher Gestaltung pflegerelevanter Entwicklungen verschaffen zu können, richtet der oder die Beauftragte für Pflege einen Beirat ein. Damit werden die Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen konstruktiv Rechnung getragen.

Zu Absatz 4

Die Befugnisse der oder des Beauftragten für Pflege werden weitgehend analog den Vorschriften über die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen in den §§ 17 und 18 Behindertengleichstellungsgesetz sowie über die Beauftragte oder den Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten in § 140h Sozialgesetzbuch Fünftes Buch geregelt. Die Anliegen von pflegebedürftigen Menschen, ihren An- und Zugehörigen sowie der beruflich Pflegenden lassen sich nicht auf den Wirkungsbereich eines oder mehrerer Ministerien beschränken, sie spiegeln sich in vielen Politikbereichen wider. Deshalb regelt Absatz 4 in Anlehnung an § 21 Absatz 1 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) die Zusammenarbeit zwischen den Bundesministerien, den übrigen Behörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes auf der einen und der oder dem Beauftragten auf der anderen Seite. Das Bundeskabinett kann darüber hinaus ergänzende Regelungen zu Aufgaben und Befugnissen in der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) treffen. Absatz 4 enthält die Verpflichtung der Bundesministerien, die Beauftragte oder den Beauftragten zu beteiligen und schreibt allen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes vor, die Beauftragte oder den Beauftragten bei der Erfüllung der Aufgaben zu unterstützen.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 28 SGB XI)

(Streichung der Zuordnung zur medizinischen Behandlungspflege von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen)

Artikel 1 Nummer 18 wird wie folgt geändert:

Buchstabe c wird durch folgenden Buchstaben c ersetzt:

c) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:

„(5) Pflege nach diesem Buch schließt die Erbringung der in § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen durch die in § 15a Absatz 1 genannten Pflegefachpersonen ein, die in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, soweit die Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch erbracht werden. Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.“

Begründung:

In Absatz 5 wird geregelt, dass Pflege nach dem Elften Buch auch die Erbringung von Leistungen nach § 15a Absatz 1 des Fünften Buches umfasst. Damit können Pflegefachpersonen, die bei Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch angestellt sind, heilkundliche Aufgaben und dem Umfang, wie sie in dem Katalog nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches vereinbart sind, als Teil der Pflegesachleistungen nach einer vorherigen ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung, die hinreichend aktuell sein muss und in der Pflegedokumentation

dokumentiert ist, auch in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen erbringen, sofern sie über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen. Hierfür gelten die Voraussetzungen § 15a Absatz 1 des Fünften Buches entsprechend. In § 15a Absatz 1 des Fünften Buches genannte Leistungen durch Pflegefachpersonen, die in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, bleiben unberührt.

Durch die Regelung erhalten zum Beispiel Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 i. V. m. Satz 2 des Pflegeberufsgesetzes auch in der Langzeitpflege mehr Befugnisse im Rahmen der Versorgung von Pflegebedürftigen bei einer diabetischen Stoffwechselleide, chronischen Wunden oder Demenz. Soweit von einem ambulanten Pflegedienst Leistungen nach § 37 Absatz 2b Satz 1 zweiter Halbsatz des Fünften Buches erbracht, gehen diese Leistungen § 28 Absatz 5 vor. Die Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für die in Absatz 5 genannten Aufgaben bleibt unberührt.

Der Gesetzentwurf der Regierungskoalition aus Union und SPD sieht hingegen vor, die Leistungen nach § 15a SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen der medizinischen Behandlungspflege zuzuordnen. Für diese leistet die Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI pauschale Leistungsbeträge, sodass die Mehrkosten von den pflegebedürftigen Menschen zu tragen wären. Das kann im Ergebnis bedeuten, dass Einrichtungen, die heilkundliche Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen nach § 15a SGB V anbieten, teuer und damit weniger wettbewerbsfähig sind als solche, die dies nicht tun. Dies wäre ein Hindernis für die Übernahme von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege und stünde somit dem Ansinnen des Gesetzes grundsätzlich entgegen. Deshalb ist die Formulierung aus dem Gesetzentwurf zu streichen und stattdessen so zu wählen, wie in diesem Änderungsantrag formuliert.

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 Nummer 66 (§ 114a SGB XI)

(Streichung der längeren Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen)

Artikel 1 Nummer 66 wird wie folgt geändert:

- a) Buchstabe a wird gestrichen.
- b) Die bisherigen Buchstaben b bis e werden zu den Buchstaben a bis d.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen nach § 114a SGB XI von einem Tag auf zwei Arbeitstage anzuheben. Dies kann künftig bedeuten, dass eine Prüfung an einem Dienstag schon an einem Freitag angekündigt werden muss, für einen Montag schon an einem Donnerstag. Begründet wird der Schritt u. a. mit Bemühungen zur Entbürokratisierung. Dies ist nicht ganz nachvollziehbar, da die Prüfungen an sich keinen größeren Aufwand zur Vorbereitung produzieren sollten, sondern es um eine Beobachtung des laufenden Betriebs geht. Eine solche Prüfung ist wichtig zur Sicherung einer guten Versorgungsqualität für pflegebedürftige Menschen. Ihr Schutz muss jederzeit im Vordergrund stehen. Vor diesem Hintergrund warnt der Bundesrat in seiner Stellungnahme davor, dass die vorgesehene, längere Ankündigungszeit ein erhebliches Zeitfenster eröffne, in dem eine gezielte Vorbereitung erfolgen könne, etwa durch besondere Herrichtung von Pflegebedürftigen, eine Anpassung der Dienstplangestaltung oder eine Bereinigung der Dokumentation (vgl. BR-Drs. 365/25(B), S. 10). Diese Möglichkeit nicht zu eröffnen ist keine fehlende Vertrauenskultur oder Wertschätzung gegenüber beruflich Pflegenden, wie es die Gesetzesbegründung suggeriert. Bei den Qualitätsprüfungen geht es vielmehr auch um Beratung und eine gemeinsame Sicherstellung von guten Rahmenbedingungen, an denen auch die beruflich Pflegenden ein Interesse haben.

Änderungsantrag 4

Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a SGB V)

(Heilkundeübertragung an Pflegefachpersonen)

Artikel 3 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

, 2. Nach § 15 wird der folgende § 15a eingefügt:

„§ 15a

Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

(1) Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden heilkundlichen Leistungen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:

1. die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,

2. die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der in diesem Katalog als für diese Leistungen benötigt genannten Hilfsmittel nach § 33, und

3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten heilkundlichen Leistungen.

(2) Pflegefachpersonen nehmen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch die Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes wahr.

(3) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen.“

Begründung:

Die Behandlungen durch Pflegefachpersonen sollten als heilkundliche Leistungen definiert werden und nicht als solche der ärztlichen Behandlung, wie es im Gesetzentwurf vorgesehen ist. Dies erscheint geboten, um die Eigenständigkeit des Pflegeberufs, auch in Anbetracht der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PfIBG, herauszustellen. Eine entsprechende Bezeichnung war auch im Referentenentwurf zum Pflegekompetenzgesetz der damaligen Ampel-Regierung vorgesehen.

Um die neuen Tätigkeitsfelder von Pflegefachpersonen nicht zu sehr einzuschränken, sollten eigenverantwortliche Behandlungen nicht nur nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung möglich sein, wie es der Gesetzentwurf vorsieht. Stattdessen sollte ein Katalog an Leistungen erarbeitet werden, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können. Insofern ist die Anforderung der ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung im Text zu streichen.

Nicht zuletzt sollten Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Kompetenzen eine Erstverordnung von Häuslicher Krankenpflege vornehmen können und dafür nicht auf eine vorherige Verordnung durch Ärztinnen und Ärzte angewiesen sein. Deshalb ist auch diese Voraussetzung aus dem Regelungstext zu entfernen.

Änderungsantrag 5

Zu Artikel 3 neue Nummer 2a (§ 15b SGB V)

(Erweiterte heilkundliche Kompetenzen
in Notfallsituationen)

Nach Artikel 3 Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

,2a. Nach § 15a wird der folgende § 15b eingefügt:

„§ 15b

Erweiterte heilkundliche Kompetenzen in Notfallsituationen

(1) Pflegefachpersonen, die über eine besondere notfall- oder akutmedizinische Qualifikation verfügen, sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit einer besonderen notfall- oder akutmedizinischen Qualifikation können heilkundliche Leistungen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch eigenverantwortlich erbringen, sofern sie über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen.

(2) Die erforderlichen fachlichen Kompetenzen liegen insbesondere dann vor, wenn sie

1. aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz oder dem Notfallsanitätergesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung,

2. aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung
oder

3. aufgrund einer durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesenen, einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung erworben wurden.

(3) Die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen nach Absatz 1 ist zulässig, wenn

1. bei einem Notfall- oder Akutpatientenzustand eine unmittelbare notfallpflegerische oder notfallsanitätsdienstliche Versorgung mindestens vorübergehend erforderlich ist und ohne diese eine unmittelbare und hinreichend wahrscheinliche Verschlechterung des Patientenzustandes angenommen oder nicht ausgeschlossen werden kann, und

2. andere geeignete Versorgungsformen nicht in angemessener Zeit zur Verfügung stehen oder einen unverhältnismäßig großen Aufwand oder zusätzliche Risiken für die Patientin oder den Patienten mit sich bringen würden.

(4) Die heilkundlichen Maßnahmen nach Absatz 1 umfassen auch solche, die über die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen hinausgehen, soweit und solange dies zur Abwendung einer hinreichend wahrscheinlichen akuten Gefahr für Leben oder einer erheblichen Einschränkung der Gesundheit erforderlich ist.

(5) Die Maßnahmen erfolgen unbeschadet der Gesamtverantwortung der Ärztinnen und Ärzte für die medizinische Versorgung.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zu Inhalt, Umfang und Anerkennung der in Absatz 2 genannten Qualifikationen sowie zu Verfahren der staatlichen Kompetenzfeststellung nach Absatz 2 Nummer 3 zu regeln.

(7) § 15b gilt ergänzend zu § 15a dieses Gesetzes und zu den Regelungen des Notfallsanitätergesetzes.“

Begründung:

Mit der Einführung eines neuen § 15b SGB V wird eine rechtliche Grundlage geschaffen, die Pflegefachpersonen mit besonderer notfall- oder akutmedizinischer Qualifikation sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern mit entsprechender Qualifikation eine eigenverantwortliche Heilkundeausübung in klar definierten Notfallsituationen ermöglicht.

Diese Regelung ergänzt § 15a SGB V, der die Übertragung heilkundlicher Leistungen im Regelfall vorsieht, um eine spezifische Notfallregelung. Sie steht zudem im Einklang mit den in § 2a NotSanG vorgesehenen Kompetenzen, indem sie diese berufsrechtlichen Befugnisse leistungsrechtlich im System der gesetzlichen Krankenversicherung absichert.

Die Vorschrift trägt dem Umstand Rechnung, dass in vielen akuten und notfallmedizinischen Versorgungslagen eine zeitnahe ärztliche Versorgung nicht in ausreichendem Maße gewährleistet werden kann. Insbesondere im Rettungsdienst, in ländlichen Regionen sowie in Einrichtungen, in denen akutmedizinische Situationen auftreten, muss deshalb sichergestellt sein, dass qualifiziertes Personal die notwendigen heilkundlichen Maßnahmen unverzüglich einleiten kann.

Die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen setzt den Nachweis besonderer Qualifikationen voraus, die durch Ausbildung, Weiterbildung oder staatlich anerkannte Kompetenzfeststellung belegt sind. Dadurch wird die Patientensicherheit gewährleistet und zugleich der rechtliche Rahmen für bestehende und künftig zu etablierende notfall-pflegerische und notfallsanitätsdienstliche Konzepte geschaffen.

Mit der Möglichkeit, in Notfallsituationen auch über die bestehenden Leistungskataloge hinauszugehen, wird dem besonderen Versorgungsbedarf in akutmedizinischen Lagen Rechnung getragen. Die Regelung beschränkt sich ausdrücklich auf zeitlich und situativ begrenzte Notfälle und greift nur dann, wenn keine rechtzeitige oder angemessene anderweitige Versorgung zur Verfügung steht.

Die Erweiterung heilkundlicher Kompetenzen für entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen und Notfallsanitäterinnen sowie Notfallsanitäter stellt damit einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit, zur Entlastung ärztlicher Ressourcen und zur Weiterentwicklung einer modernen und effizienten Notfallversorgung dar.

Änderungsantrag 6

Zu Artikel 3 neue Nummer 4a (§ 27 SGB V)

(Leistungsrechtliche Verankerung von Behandlungen durch Pflegefachpersonen)

Nach Artikel 3 Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

, 4a. § 27 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird der Satz eingefügt: „Die Krankenbehandlung muss auch die Behandlung durch Pflegefachpersonen als eigenverantwortliche Heilkundeausübung umfassen.“

b) In Satz 2 wird nach Nummer 6 die folgende Nummer 7 eingefügt: „7. Behandlungen durch Pflegefachpersonen.“

Begründung:

Die Ergänzung der Behandlungen durch Pflegefachpersonen in § 27 SGB V ist wichtig, um sie leistungsrechtlich zu verankern. So entsteht ein Anspruch der Versicherten auf diese Behandlungen, egal ob sie häuslich gepflegt oder in der stationären Pflege versorgt werden. Das ist ein unerlässlicher Schritt zur Etablierung der neuen Leistungen in der Praxis. Entsprechend ist im Leistungserbringerrecht auch ein neuer § 133 einzufügen.

Änderungsantrag 7*Zu Artikel 3 neue Nummer 4b (§ 28 SGB V)**(Abgrenzung von der ärztlichen Behandlung)**Nach Artikel 3 Nummer 4a wird folgende Nummer 4b eingefügt:**, 4b. ^ § 28 Absatz 1 Satz 2 wird durch folgenden Satz 2 ersetzt:**„Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist; § 15a Absatz 2 bleibt unberührt.“**Begründung:*

Die Ergänzung stellt klar, dass die Pflegeprozessverantwortung entsprechend § 15a Absatz 2 den Pflegefachpersonen obliegt und in diesem Sinne abzugrenzen ist von Leistungen, die auf Anordnung und unter der Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden. Dies ist erforderlich, um das Verhältnis zwischen beiden Bereichen zu regeln und die eigenverantwortliche Leistung durch Pflegefachpersonen in der Praxis abzusichern.

Änderungsantrag 8*Zu Artikel 3 Nummer 17 (§ 81 SGB V)**(Regelungen zum Kassenärztlichen Notdienst)**Artikel 3 Nummer 17 wird durch folgende Nummer 17 ersetzt:**, 17. Nach § 81 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:**„(6) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Bestimmungen über die Sicherstellung des Notdienstes enthalten, die eine angestellte Tätigkeit für Ärzte vorsehen, die nicht Teil des vertragsärztlichen Systems sind. Sofern dies zum Zwecke der Sicherstellung des Notdienstes in einer Region erforderlich ist, können die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährung von Sicherstellungspauschalen an die teilnehmenden Ärzte festlegen.“**Begründung:*

Die Tätigkeit von Vertragsärzten im Rahmen des Notdienstes wird durch die Änderung in § 95 SGB V als selbstständig eingestuft. Für Ärztinnen und Ärzte, die nicht Teil des vertragsärztlichen Systems sind (sogenannte Poolärzte), ist für eine Tätigkeit im Notdienst durch die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Struktur zu schaffen, die eine angestellte, sozialversicherungspflichtige Tätigkeit vorsieht. So wird sichergestellt, dass die Ärztinnen und Ärzte für die Tätigkeit im Notdienst arbeitsrechtlich abgesichert sind, arbeitsrechtliche Vorschriften eingehalten werden und die für die Tätigkeit im Notdienst notwendige Ausstattung durch die Kassenärztliche Vereinigung zur Verfügung gestellt wird. Die dadurch im Vergleich zu einer selbstständigen Tätigkeit für die Ärztinnen und Ärzte sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen anfallenden finanziellen Mehraufwände im Rahmen der Beiträge zur Sozialversicherung sind marginal.

Änderungsantrag 9*Zu Artikel 3 neue Nummer 18a (§ 92 SGB V)**(Stärkung der Organisationen der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschuss)**Nach Artikel 3 Nummer 18 wird folgende Nummer 18a eingefügt:**, 18a. In § 92 SGB V wird nach Absatz 7g wird folgender Absatz 7h eingefügt:**„(7h) Bei den Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, den Richtlinien nach Nummer 13 und 14, den Richtlinien nach*

§ 63 Absatz 3c Satz 3 und den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den §§ 136b und 136c erhalten die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Gleiches gilt bei den nicht in Satz 1 genannten Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, sofern sie die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe benennen zur Wahrnehmung des nach den Sätzen 1 und 2 bestehenden Antrags- und Mitberatungsrechts einvernehmlich einen oder zwei Vertreter. Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend. Die Vertreter erhalten Reisekosten in entsprechender Anwendung des Bundesreisekostengesetzes, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss.“

Begründung:

Mit dem neuen Absatz 7h wird den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt. Damit wird das bislang bestehende allgemeine Beteiligungsrecht bei Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung (vgl. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 136 Absatz 3, § 136a Absatz 5 Satz 5, § 136b Absatz 1 Satz 3) dahingehend erweitert, dass der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe in den Gremien des G-BA Antrags- und Mitberatungsrechte zustehen. Dies umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein. Zudem besteht ein Einvernehmensfordernis bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss. Ferner wird das Antrags- und Mitberatungsrecht auch über den Bereich der Qualitätssicherung hinaus auf weitere Aufgabenbereiche des G-BA ausgedehnt, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen. Das Antrags- und Mitberatungsrecht besteht danach generell auch bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege, der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 14, bei denen die Berufsausübung der Pflegeberufe regelmäßig betroffen ist. Die Berufsausübung der Pflegeberufe kann darüber hinaus auch in weiteren Bereichen der veranlassten Leistungen berührt sein. Dies kann auch bei der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie der Fall sein. Der G-BA kann insoweit im Rahmen seiner Verfahrensordnung näher konkretisieren, welche weiteren Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 die Berufsausübung der Pflegeberufe generell berühren und für welche dies gegebenenfalls nur bei bestimmten Beschlussgegenständen gilt.

Zum Zwecke der Ausübung des Mitberatungs- und Antragsrechts benennen die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe einvernehmlich einen oder zwei Vertreter oder Vertreterinnen. Das bisherige Beteiligungsrecht der Berufsorganisationen der Pflegeberufe im G-BA wurde in erster Linie vom Deutschen Pflegerat e. V. (DPR) wahrgenommen.

Um sicherzustellen, dass die unmittelbare Einbeziehung der Expertise der Pflege in die Beratungen des G-BA tatsächlich erfolgen kann, kann die Person beziehungsweise können die Personen, die die Vertretung in den Sitzungen der Gremien des G-BA übernimmt beziehungsweise übernehmen, Reisekosten in entsprechender Anwendung des Bundesreisekostengesetzes, Ersatz des Verdienstausfalls sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung erhalten. Die Regelung erfolgt in Anlehnung an die entsprechenden Vorgaben für die Patientenvertretung.

Diese Regelungen fehlen bislang im vorliegenden Gesetzentwurf, obwohl dies eine Befugniserweiterung der Pflegefachpersonen zum Ziel hat, und sind deshalb entsprechend dieses Änderungsantrages aufzunehmen.

Änderungsantrag 10*Zu Artikel 3 Nummer 34 (§ 340a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)**(Authentifizierung von Pflegepersonal)**Artikel 3 Nummer 34 wird durch folgende Nummer 34 ersetzt:**, 34. Nach § 340 wird der folgende § 340a eingefügt:**„§ 340a*

*Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von
Leistungserbringerinstitutionen*

(1) Eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen darf von demjenigen, an den sie ausgegeben wurde, weder entgeltlich noch unentgeltlich unbefugt weitergegeben werden. Bei Aufgabe der Leistungserbringerinstitution hat derjenige, an den eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen ausgegeben wurde, oder dessen Nachfolger deren Sperrung unverzüglich zu veranlassen.

(2) Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung

nach dem Elften Buch ist für die Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 verantwortlich. Die Einrichtungsleitung hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass alle beschäftigten Personen über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität für das Gesundheitswesen nach § 340 Absatz 6 verfügen.“

Begründung

Die verpflichtende Nutzung eines gültigen elektronischen Heilberufsausweises oder einer digitalen Identität für das Gesundheitswesen durch alle in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigten Personen, die in die medizinische und pflegerische Versorgung von Patienten einbezogen sind, ist von zentraler Bedeutung für die Sicherheit und Integrität der Versorgung. Nur so können sensible Patientendaten, insbesondere beim Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA), vor unbefugtem Zugriff geschützt werden. Gleichzeitig wird eine eindeutige Authentifizierung jeder handelnden Person gewährleistet, was Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei medizinischen und pflegerischen Entscheidungen stärkt. Die digitale Identifizierung dient damit sowohl dem Schutz der Patientinnen und Patienten als auch der rechtlichen Absicherung der Beschäftigten, da Dokumentationen, Anordnungen und Zugriffe eindeutig zugeordnet werden können. Insgesamt erhöht die Regelung die Datensicherheit, stärkt das Vertrauen in digitale Prozesse im Gesundheitswesen und trägt zu einer verbesserten Qualität der Versorgung bei.

Änderungsantrag 11*Zu Artikel 3 Nummer 41a neu (§ 362 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)**Zu Artikel 15 – neu (§ 192 Versicherungsvertragsgesetz)*

*(Verarbeitung/Beantragung Krankenversichertennummer durch private
Krankenversicherungsunternehmen)*

1. *Nach Artikel 3 Nummer 41 wird folgende Nummer 41a eingefügt:*

, 28a. In § 362 Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern „§ 290 Absatz 1 Satz 4 bis 7“ die Wörter „und Absatz 3“ eingefügt.“

2. Nach Artikel 14 wird folgender Artikel 15 eingefügt:

,Artikel 15

Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

Das Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 32 des Gesetzes vom 11. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 354) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 192 Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) In den Fällen einer Krankheitskostenversicherung nach § 193 Absatz 3 ist der Versicherer verpflichtet, für die versicherte Person die Vergabe des unveränderbaren Teils der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Versicherungsbeginn zu beantragen. § 290 Absatz 3 Satz 5 und Absatz 4 sowie § 362 Absatz 2 Satz 2 und 3 und Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Abweichend von Satz 1 hat der Versicherer die Verpflichtung nach Satz 1 für die bei ihm am [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 14] versicherten Personen spätestens bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des siebten auf die Verkündung folgenden Monats] zu erfüllen.“

Begründung

Zu Nummer 1

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die von den Kostenträgern nach § 362 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vergebenen Krankenversichertennummern im Verzeichnis der Krankenversichertennummern nach § 290 Absatz 3 SGB V zu führen sind. Der Datenabgleich, um Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer auszuschließen oder zu korrigieren, erfolgt innerhalb des von der Vertrauensstelle nach § 362 Absatz 2 SGB V geführten Registers.

Zu Nummer 2

Die Änderung stellt klar, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen unmittelbar zur Vergabe der Krankenversichertennummer an ihre Versicherten verpflichtet sind. Die Krankenversichertennummer ist für sämtliche Versicherte zu vergeben. Der Versicherer wendet sich dazu mit den erforderlichen Angaben an die Vertrauensstelle nach § 290 SGB V. Diese vergibt die Versichertennummer entsprechend den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Absatz 2 Satz 1 SGB V (§ 362 Absatz 2 Satz 3 SGB V).

Mit Satz 3 wird ein verbindliches Datum festgelegt, bis zu dem die Beantragung der Vergabe der Krankenversichertennummer an die Bestandsversicherten abgeschlossen sein muss.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten der Versicherten erfolgt auf der Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Unterabsatz 1 Buchstabe c und des Artikels 9 Absatz 2 Buchstaben b und i Datenschutz-Grundverordnung zur Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht der Krankenversicherungsträger und aus Gründen des öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Durch die Vergabe der KVNR wird ein hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandard bei Medizinprodukten durch Teilnahme an Registern oder durch Nutzung der Telematikinfrastruktur (TI) zur Bereitstellung digitaler Angebote im Gesundheitswesen, insbesondere der Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 SGB V, gewährleistet. Auf die Einwilligung der betroffenen Personen zur Vergabe der KVNR kommt es insoweit nicht an.

Die Krankenversichertennummer kann gemäß § 362 Absatz 2 Satz 1 SGB V von dem privaten Krankenversicherungsunternehmen umfassend für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten oder digitaler Identitäten zur Verarbeitung von Daten in Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 SGB V genutzt werden.

Der Ausschuss für Gesundheit hat die 11 Änderungsanträge auf Drucksache 21(14)21 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, AfD und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke abgelehnt.

Ferner hat dem Ausschuss für Gesundheit ein weiterer Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 21(14)24 mit folgendem Inhalt vorgelegt:

Änderungsantrag 12

(Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages)

1. Artikel 1 Nummer 40 wird durch folgende Nummer 40 ersetzt:

, 40. § 69 wird durch den folgenden § 69 ersetzt:

„§ 69

Sicherstellungsauftrag

(1) Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinischpflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern. Dabei sind die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

(2) Bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 haben die Pflegekassen insbesondere Erkenntnisse aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation, aus den Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 sowie Erkenntnisse aus Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 zu berücksichtigen. Grundlage der Evaluation sind die Vorgaben nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Ziffer 7. Ist es zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags erforderlich, haben die Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegepersonen gemäß § 77 Absatz 1 abzuschließen oder diese gemäß § 77 Absatz 2 selbst anzustellen.

2. In Artikel 1 Nummer 62 wird in Buchstabe c nach dem Doppelbuchstabe aa der Dreifachbuchstabe aaa eingefügt:

, aaa) Nach Satz 2 Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. Bis zum (6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) sind Kriterien für die Evaluation der regionalen Versorgungssituation nach § 69 Ab 2 Satz 1 vorzulegen, anhand derer für die einzelnen Leistungsarten des Dritten Abschnittes die Feststellung einer Unterversorgung bestimmt werden können.“

Begründung: Erstmals wird im vorliegenden Gesetzentwurf durch den neuen Absatz 2 in § 69 festgelegt, dass die Pflegekassen bei ihren Aufgaben auch Erkenntnisse aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation zu berücksichtigen haben. Im weiteren Verlauf des neuen Absatz 2 werden erstmals Handlungsoptionen bei Unterversorgung beschrieben, bis zur Einstellung von eigenem Personal. Die Evaluation ist allerdings nicht an definierte Kriterien oder Maßzahlen gebunden. Dies bedeutet, dass es keine verlässliche Definition von pflegerischer Unterversorgung gibt, die zu verbindlichem Handeln führen muss. Dazu wäre es aber wichtig, bundeseinheitliche Kriterien für die Definition von pflegerischer Unterversorgung in zu bestimmenden Regionen, differenziert nach ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege als Grundlage für die Kategorisierung vorzuhalten. Von daher wird vorgeschlagen, den Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI mit der Aufgabe zu betrauen, eine Definition von regionaler pflegerischer Unterversorgung anhand von Maßzahlen, Kriterien oder Verhältniszahl zu entwickeln, um die im Gesetz formulierte Evaluation der Versorgungssituation abgesichert vornehmen zu können. Mit einer klaren Definition der Kriterien der Versorgungslage, die sich auf bestimmte räumliche Größen bezieht, entsteht ein regionaler Handlungsbedarf zur Sicherstellung. Dies könnte ein Ausgangspunkt für eine regionale Bedarfsplanung sein und zu einer regionalen Struktur der pflegerischen Versorgungsplanung führen, die nach Möglichkeit abgestimmt sein sollte mit der medizinischen Versorgungsplanung.

Dieser Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 21(14)24 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, AfD und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke abgelehnt.

Meinungen der Fraktionen

Im Kontext des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/1511, 21/1935 (Buchstabe a) und des Antrags auf Drucksache 21/583 (Buchstabe b) wurde auch der Antrag der Fraktion Die Linke auf Drucksache 21/344 beraten.

Die **Fraktion der CDU/CSU** führte aus, mit dem vorliegenden Gesetz würden wichtige und dringend notwendige Impulse für eine bessere Pflege, ein zeitgemäßes Berufsbild und eine gute Versorgung gesetzt. Man folge damit den Vereinbarungen im Koalitionsvertrag. Neben zahlreichen fachlichen Änderungen würden auch wesentliche fachfremde Verbesserungen in das Verfahren aufgenommen. So werde unter anderem auch das drohende Defizit in der GKV geschlossen, um die Beitragssätze zukünftig stabil zu halten. Man werbe um Zustimmung zu diesem Gesetz. Den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN werde man ablehnen. Der Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen enthalte bereits Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Aufwertung des Pflegeberufes und alle weiteren Punkte seien Teil der eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum Thema Pflege, welche ihre Arbeit aufgenommen und die ersten Zwischenergebnisse bereits vorgelegt habe. Dem im Sachzusammenhang mitdiskutierten Antrag der Fraktion Die Linke auf Drucksache 21/344 werde man ebenfalls mit Verweis auf die eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Finanzierung der Pflegeversicherung nicht zustimmen. Die vorgeschlagenen Instrumente, insbesondere die Bürgerversicherung, seien nicht zielführend und verfassungsrechtlich fraglich. Sie ließen die naheliegenden Möglichkeiten von Effizienzreserven und Strukturreformen außen vor.

Die **Fraktion der AfD** erklärte, der Gesetzentwurf der Bundesregierung solle Pflegefachkräfte durch erweiterte Befugnisse stärken und Bürokratie in der Pflege deutlich verringern. Pflegepersonal solle in Bereichen wie Wundversorgung, Diabetes und Demenzmanagement eigenständiger handeln dürfen. Antragsverfahren und Qualitätskontrollen würden vereinfacht, Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Pflege gefördert und digitale Verfahren gestärkt. Pflegesatzverhandlungen sollten beschleunigt werden. Ein Evaluationsbericht sei bis 2028 vorgesehen. Das Vorhaben bringe moderate Mehrkosten für den Bund, aber auch Einsparungen bei den Beihilfeträgern. Das Gesetz stärke insgesamt die Pflegekräfte, reduziere bürokratische Belastungen und fördere innovative Projekte sowie Digitalisierung. Dadurch gewännen Pflegekräfte mehr Zeit für die Patienten und Abläufe würden effizienter. Kritisch sei jedoch das Risiko sinkender Qualitätsstandards durch Aufgabenverlagerung ohne ausreichende Qualifikationen, die Vernachlässigung der inländischen Pflegekräfteförderung und die mögliche Überlastung des Pflegepersonals. Zudem blieben einige Maßnahmen zum Bürokratieabbau zu oberflächlich. Mit den zuletzt eingeführten Änderungen zu den GKV-Finanzen sei der Entwurf insgesamt abzulehnen. Den Antrag der Fraktion Die Linke lehne man ebenfalls ab.

Die **Fraktion der SPD** freute sich, dass das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege die Pflegefachpersonen stärke, Strukturen entlaste und Verfahren in der Pflegeversicherung modernisiere. Pflegefachpersonen dürften künftig bestimmte heilkundliche Tätigkeiten eigenverantwortlich ausüben. Ihre Kompetenzen seien verbindlich in Verträgen der Selbstverwaltung geregelt. Gleichzeitig würden Berichtspflichten abgebaut, Beratungs- und Vergütungsverfahren digitalisiert und Verhandlungsprozesse zwischen Einrichtungen und Kassen beschleunigt. Das sogenannte ambulante Modell gehe in die Versorgung, aber nur unter Evaluierungsvorbehalt. SPD-Erfolg sei, dass eine Flexibilisierung der Personalvorgaben verhindert worden sei. Auch bei der Abschaffung der Pflicht zur Personalentwicklung habe man zusammen erreichen können, dass es nun eine wissenschaftliche Evaluation freiwilliger Maßnahmen geben werde, mit dem Ziel, mehr Vertrauen, Eigenverantwortung und Attraktivität des Pflegeberufs bei gleichzeitiger Sicherung von Qualität und Verlässlichkeit in der Versorgung zu schaffen. Man hätte sich gewünscht, die Fraktion Die Linke hätte auch Änderungsanträge gestellt. Die Fraktion der SPD halte einen Maßnahmenkatalog für richtig, der das Gesundheits- und Pflegesystem stabilisiere und gerechter mache, mit klaren Strukturreformen und einer fairen Lastenverteilung, aber der Antrag der Fraktion Die Linken sei reine Symbolpolitik. Er blende alle strukturellen Ursachen aus und setze stattdessen auf massive Beitragserhöhungen, die Millionen Beitragszahler belasteten. Die geforderte Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze sei verfassungswidrig und ökonomisch unsinnig, weshalb man den Antrag der Fraktion Die Linke entschieden ablehne.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erklärte, die neue Bundesregierung habe in kurzer Zeit kostspielige Maßnahmen beschlossen, doch die dringend notwendige Stabilisierung der Pflegeversicherung bleibe auf der Strecke. Dabei sei diese für 5,7 Millionen Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen existenziell, befnde sich aber längst in finanzieller Schieflage. Mit ihrem Antrag fordere die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN,

dass die Bundesregierung der Pflegeversicherung endlich Priorität einräume und kurzfristig wirksame Maßnahmen ergreife. Konkret heiße das, versicherungsfremde Leistungen müssten aus Steuermitteln finanziert werden, etwa die Corona-Mehrausgaben oder die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige. Nur so lasse sich die Pflegeversicherung kurzfristig stabilisieren und langfristig stärken. Das vorliegende Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege könne dazu leider keinen Beitrag leisten, auch wenn die Zielrichtung grundsätzlich sehr richtig sei. Pflegefachpersonen sollten eigenverantwortlich Leistungen erbringen können, auch unabhängig von ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung, insbesondere in Notfällen. Dafür brauche es klare rechtliche Grundlagen, eine angemessene Vergütung und eine stärkere Mitwirkung der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss. Man bemängle das Verfahren, 18 überwiegend fachliche Änderungsanträge erst einen Tag vor der abschließenden Sitzung zugeleitet bekommen zu haben. Das werde einer sorgfältigen parlamentarischen Beratung nicht gerecht. Aus inhaltlichen wie verfahrensbezogenen Gründen werde sich die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN daher sowohl bei den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen als auch beim Gesetzentwurf enthalten. Gleiches gelte für den Antrag der Fraktion Die Linke, dem man nicht uneingeschränkt zustimmen könne.

Die **Fraktion Die Linke** erläutert, dass die eigenständige und rechtssichere Ausübung der Heilkunde durch Pflegekräfte ein guter und überfälliger Schritt sei. Allerdings sei die Definition der eigenständigen Aufgaben sehr eng gefasst und von der ärztlichen Seite her gedacht. Die drei Bereiche seien nicht ausreichend und die Weiterentwicklung der Pflegeberufsbilder spiele eine zu geringe Rolle. Man bedauere sehr, dass der Gesetzentwurf nicht aus einem Guss mit dem kommenden APN-Gesetz konzipiert und eingebracht werde, obwohl beide Gesetze ineinander greifen müssten, wenn sie die Pflegeberufe wirklich empowern und die pflegerischen Kompetenzen für die Versorgung der Zukunft nutzbar machen sollen. Man erkenne die erstmalige Einführung der Heilkundekompetenz als Schritt in die richtige Richtung an. Man kritisiere allerdings die Änderungsanträge. Die Senkung des Vertrauensniveaus bei der elektronischen Patientenakte sei ein weiterer Bärendienst, den die Bundesregierung diesem Projekt erweise. Die ePA werde vom Hoffnungsprojekt weiter absehbar zum Desaster werden. Die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung sei so unvollständig, dass man bezweifle, dass der Stau an Uni-AbsolventInnen damit angemessen abgebaut werde. Man sehe die vorgesehenen Sparmaßnahmen als verzweifelten Versuch, offensichtliche und auch kurzfristig behebbare Missstände nicht anzufassen. Aus diesem Grunde habe man einen eigenen Antrag beigelegt, der nachhaltig und gerecht Leistungskürzungen und Beitragsexplosion verhindere. Die Fraktion Die Linke werde sich enthalten. Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Grünen gehe zwar in die richtige Richtung, reiche aber bei Weitem nicht aus, um den Titel des Antrags, der Pflege Priorität einzuräumen, gerecht zu werden. Man stimme diesem Antrag trotzdem zu.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 21/1511 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 6 (§ 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Änderung unter Buchstabe c Doppelbuchstabe aa ist wortgleich mit dem Gesetzentwurf und muss im Änderungsantrag aus rein redaktionellen Gründen wiederholt werden. Mit der Änderung unter Buchstabe c Doppelbuchstabe bb erfolgt die Klarstellung, dass mit der Ausweitung der Förderung nach § 8 Absatz 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz vom 19. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155) auf den Zeitraum 2025 bis 2030 der Gesetzgeber das Verfahren der Aufteilung des Budgets auf die Länder ab 2025 nicht ändern wollte. Die Klarstellung ist erforderlich, weil der bisherige § 8 Absatz 7 Satz 7 SGB XI, der die Aufteilung des Budgets auf die Länder regelt, nur auf den Betrag nach § 8 Absatz 7 Satz 1 SGB XI (Betrag von jährlich bis zu 100 Mio. Euro für die Förderung in den Jahren 2019 bis 2024) verweist, nicht aber auf den Betrag nach § 8 Absatz 7 Satz 2 SGB XI (die in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommene Fördermittel für die Förderung in den Jahren 2025 bis 2030).

Zu Nummer 10 (§ 11 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

In die leistungsrechtliche Legaldefinition von Pflegefachpersonen werden die gesonderten Abschlüsse nach § 58 Absatz 1 und 2 des Pflegeberufegesetzes (PflBG) aufgenommen. Mit der Erweiterung wird sichergestellt, dass auch nach dem PflBG ausgebildete Altenpflegerinnen, Altenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger unter die Legaldefinition von Pflegefachpersonen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) fallen.

Personen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach dem Altenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung verfügen über eine Erlaubnis, die bereits gemäß § 64 Satz 2 PflBG als Erlaubnis nach § 1 Satz 1 PflBG gilt, und sind deshalb von der Legaldefinition erfasst. Sie werden aus deklaratorischen Gründen in die Legaldefinition aufgenommen.

Zu Nummer 14 (§ 17a des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Frist zur Festlegung der Richtlinien wird auf den 31. Juli 2026 geändert. Die Frist für die Evaluation wird angepasst. Die Änderung dient der Beschleunigung des Verfahrens.

Zu Nummer 17a (§ 25 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 10 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Regelung zur Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung wird übersichtlicher gestaltet und um einen Verweis auf den neuen § 10 Absatz 1 Satz 8 SGB V ergänzt. Dies stellt sicher, dass die Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung auch bei der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen wird.

Zu Nummer 23a (§ 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Gemäß § 39 Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) ist im Rahmen der Verhinderungspflege eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege nicht erforderlich. Damit die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten der notwendigen Ersatzpflege während der Verhinderung der Pflegeperson übernehmen kann, muss gleichwohl ein Kostenerstattungsantrag gestellt werden. Mit der Ergänzung in § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB XI wird geregelt, dass dieser Erstattungsantrag bis zum Ablauf des Kalenderjahres gestellt werden muss, das auf die jeweilige Durchführung der Ersatzpflege folgt. Wird die Kostenerstattung später beantragt, besteht kein Anspruch nach § 39 SGB XI mehr. Wird die Ersatzpflege zum Beispiel im November 2026 durchgeführt, muss der Antrag auf Erstattung unter Nachweis der Kosten somit bis zum 31. Dezember 2027 bei der Pflegekasse eingehen, um noch eine Kostenerstattung zu erhalten. Die Regelungen in § 42a SGB XI bleiben hiervon unberührt.

Zu Nummer 30a (§ 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Die praktischen Erfahrungen der Anwendung des geltenden Rechts zur Abrechnung der Leistungszuschläge zeigen, dass ein Teil der Pflegekassen zur Abrechnung der Leistungszuschläge mit den Pflegeeinrichtungen ein automatisiertes Ab-rechnungsverfahren eingerichtet hat, während der andere Teil der Pflegekassen weiterhin auf eine Rechnungsstellung der Pflegeeinrichtungen angewiesen ist. Auf der Seite der Leistungserbringer führen diese unterschiedlichen Abrechnungs-verfahren zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand, da in einer Pflegeeinrichtung oftmals Pflegebedürftige aus beiden Gruppen von Pflegekassen versorgt werden. Zur Entbürokratisierung soll die Abrechnung der Leistungszuschläge nicht mehr durch Rechnungsstellung der Pflegeeinrichtungen erfolgen, sondern durch ein bundesweit einheitliches und automatisiertes Verfahren ersetzt werden. Dies kann durch die vorgesehenen Anpassungen in § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in Verbindung mit dem unverändert bestehenden § 105 Absatz 2 Satz 1 SGB XI erreicht werden. Die für die Pflegekassen notwendigen Abrechnungsinformationen (insbesondere Vergütungsvereinbarungen, Bankverbindung) können mittels des Institu-

tionskennzeichen des jeweiligen Leistungserbringers (neunstellige IK-Nummer) in einer zentralen Datenbank abgerufen werden. Seitens der Pflegeeinrichtungen sinkt der Verwaltungsaufwand damit auf ein Minimum, da nur noch die Versorgungsaufnahme, -unterbrechung und -beendigung gegenüber der zuständigen Pflegekasse gemeldet werden muss. Zudem werden durch ein automatisiertes Abrechnungsverfahren anstelle einer manuellen Rechnungsstellung die Fehleranfälligkeit und der Prüfungsaufwand auf ein Minimum reduziert. Um allen Prozessbeteiligten eine ausreichende Zeitspanne für die Anpassungen zu geben, muss die angepasste Abrechnung der Leistungszuschläge spätestens ab dem 1. Juli 2026 erfolgen.

Zu Nummer 39a (§ 57 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung eines neuen Absatzes 6 in § 226 des Fünften Buches. Die beitragsrechtliche Regelung, wonach Waisenrenten oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen künftig auch während eines Freiwilligendienstes beitragsfrei gestellt sind, wird auch für die soziale Pflegeversicherung nachvollzogen. Die Beitragsfreiheit besteht innerhalb der Altersgrenzen nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 des Fünften Buches und setzt voraus, dass durch die Ableistung eines Freiwilligendienstes vorrangig eine Versicherungspflicht als Beschäftigter eintritt.

Zu Nummer 42 (§ 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

In Artikel 1 Nummer 42 Buchstabe d ist für die Erweiterung der Evaluation bezüglich der Vereinfachung des Verfahrens und der Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus die Frist „30. Juni 2026“ vorgesehen. Eine Prüfung hat ergeben, dass potentielle Auftragnehmer für die Erstellung einer entsprechenden Ausarbeitung mehr Zeit benötigen, so dass die Frist auf den 31. Dezember 2026 verschoben wird.

Zu Nummer 45a (§ 76 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Durch die Ergänzung der Angabe „in der Regel“ in § 76 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) wird ein Anliegen des Bundesrates aus seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf aufgegriffen und das Erfordernis von zwei unparteiischen Mitgliedern bei der Besetzung der Schiedsstelle gelockert. Unparteiische Mitglieder sind nun nicht mehr zwingend zur Besetzung der Schiedsstelle notwendig. Es obliegt den Landesregierungen, im Rahmen der Rechtsverordnungen nach § 76 Absatz 5 SGB XI das Nähere auch hinsichtlich der unparteiischen Mitglieder zu bestimmen und dabei die Gegebenheiten in dem jeweiligen Bundesland zu berücksichtigen. Damit können, aber müssen die Länder ihre Landesverordnungen nicht ändern.

Vor dem Hintergrund, dass die Suche nach Freiwilligen, die zudem auch noch als unparteiisch gelten, nach Auskunft der Länder immer schwieriger werde, wird durch die Änderung zu einer Beschleunigung von Besetzungsverfahren der Schiedsstelle und damit zur Funktionsfähigkeit dieses Gremiums beigetragen.

Zu Nummer 47 (§ 78a des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Aus den gesetzlichen Änderungen betreffend die digitalen Pflegeanwendungen ergibt sich Folgeänderungsbedarf im elektronischen Antragsportal gemäß § 78a Absatz 4 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI), im DiPA-Verzeichnis gemäß § 78a Absatz 3 SGB XI sowie im DiPA-Leitfaden, den das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegeben hat. Verantwortlich für die Umsetzung der Folgeänderungen ist das BfArM. Dieses hat nachvollziehbar dargelegt, dass es die Umsetzung nicht rechtzeitig vornehmen könne, wenn die Regelungen, wie ursprünglich geplant, zum 1. Januar 2026 in Kraft treten. Ebenso bedürfe es für die Umsetzung zunächst der entsprechenden Anpassung der Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV) durch das Bundesministerium für Gesundheit. Diese stehe jedoch noch aus, wenn die neuen gesetzlichen Regelungen zum 1. Januar 2026 in Kraft treten würden. Vor diesem Hintergrund wird das Inkrafttreten der Regelungen in Artikel 1 Nummer 24, 26 und 47 Buchstabe a bis c und e sowie in Artikel 8, der eine Folgeänderung im Zwölften Buch beinhaltet, auf den 1. Juli 2026 verschoben.

Zum 1. Januar 2026 treten jedoch nach wie vor die leistungsrechtliche Regelung in § 40b Absatz 1 SGB XI-E (Artikel 1 Nummer 27) sowie die Änderung der Ermächtigungsgrundlage für die DiPAV in § 78a Absatz 6

SGB XI in Kraft. Letzterer bedarf es für die Vorbereitung des Erlasses der DiPAV-Änderungen vor dem 1. Juli 2026. Der Änderungsbefehl in Artikel 1 Nummer 47 muss dabei in zwei Änderungsbefehle unterteilt werden (Buchstaben d und e), um die unterschiedlichen Inkrafttretenszeitpunkte rechtsförmlich darstellen zu können. Aus der leistungsrechtlichen Regelung in Artikel 1 Nummer 27 ergibt sich kein erheblicher Folgeänderungsbedarf für das BfArM, sodass ein späteres Inkrafttreten nicht erforderlich ist.

Artikel 14 (Inkrafttreten) wird entsprechend angepasst, um das beschriebene gespaltene Inkrafttreten anzuordnen.

Zu Nummer 47a (§ 82b des Elften Buch Sozialgesetzbuch)

In der Regelung wird durch die Ergänzung klargestellt, dass auch an An- und Zugehörige sowie Dritte in der Regelung zur ehrenamtlichen Unterstützung in der stationären Pflege miterfasst sind. Ziel der Ergänzung ist es, ehrenamtliches Engagement der genannten Personengruppen durch die Ermöglichung von Aufwandsentschädigungen zu honorieren und dadurch deren Einbezug in die stationäre pflegerische Versorgung zu stärken. Dies kann entsprechend in den Pflegesatzvereinbarungen Berücksichtigung finden. Zur Unterstützung der Umsetzung wird ein entsprechender Auftrag an die Vereinbarungspartner der Bundesempfehlungen in § 86a SGB XI adressiert. Durch die Einbeziehung von ehrenamtlichen Personen wie An- und Zugehörigen können vollstationäre Pflegeeinrichtungen wettbewerbsfähige Pflegesätze kalkulieren, indem die Personalaufhaltszahlen nach § 113c Absatz 1 SGB XI nach dem Ermessen der vollstationären Einrichtung oder auf Grund der Arbeitsmarktlage nicht vollständig ausgeschöpft werden.

Zu Nummer 49 (§ 84 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Stellungnahmen der unterschiedlichen Akteure haben im weiteren Verfahren gezeigt, dass die auf Forderungen der Einrichtungsträgerverbände ursprünglich zurückgehende Klarstellung, dass beim externen Vergleich bei der Vereinbarung der Pflegesätze die Gleichartigkeit der Pflegeeinrichtung auch die Entlohnung der Mitarbeitenden umfasst, zu einem uneinheitlichen Verständnis bei den Beteiligten führen könnte. Um dem entgegenzuwirken, wird zum jetzigen Zeitpunkt auf eine entsprechende Ergänzung des Merkmals „Entlohnung der Mitarbeitenden“ verzichtet. Stattdessen soll das Thema aus Perspektive und unter Beteiligung der an den Vergütungsvereinbarungen beteiligten Parteien näher beleuchtet und in deren Interesse ausgewogene Maßnahmen zur Erleichterung der Durchführung erarbeitet werden. An der Änderung hinsichtlich der transparenten Darstellung von Vergleichsdaten wird festgehalten. Dabei sind Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Pflegeeinrichtungen zu wahren.

Zu Nummer 51 (§ 86a des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Im Kontext der Änderung in § 82b SGB XI wird in der vorgesehenen Regelung der Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen der Auftrag an die Selbstverwaltungspartner für die Bundesempfehlungen entsprechend ergänzt, um den Vereinbarungspartnern eine Orientierung zu bieten. Die Empfehlungen sollen demnach auch Aussagen zum Aspekt der Berücksichtigung nicht anderweitig gedeckter Aufwendungen sowie von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Unterstützung nach § 82b SGB XI bei den Vergütungsvereinbarungen beinhalten. Dadurch soll insbesondere der Einsatz ehrenamtlich Helfender in den Pflegeeinrichtungen durch klare Vergütungsmodalitäten gestärkt werden.

Zu Nummer 55 (§ 92c des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu § 92c Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Durch die Ergänzung in § 92c Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) wird eine Klarstellung hinsichtlich Trägern stationärer Pflegeeinrichtungen aufgenommen. Diese können Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach dieser Vorschrift schließen, wenn eine selbstständig wirtschaftende ambulante Pflegeeinrichtung zugelassen wurde. Die Zulassung kann auch über den Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages gemäß § 72 Absatz 2 Satz 1 SGB XI erfolgen. Der Anspruch auf Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages besteht, soweit die Voraussetzungen erfüllt sind.

Zu § 92c Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Durch die Ergänzung in § 92c Absatz 4 Satz 1 SGB XI wird über die Formulierung in Absatz 1 Satz 1 („können“) hinaus ausdrücklich klargestellt, dass für Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen generell keine Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrages nach § 92c Absatz 1 SGB XI besteht. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Leistungserbringung in bereits bestehenden ambulanten Wohnformen, wie beispielsweise Angeboten des betreuten Wohnens oder in ambulant betreuten Wohngruppen, in denen die Pflegebedürftigen Leistungen nach § 45f SGB XI in Anspruch nehmen. Auch in neu gegründeten ambulanten Settings ist die pflegerische Versorgung ohne einen Vertragsabschluss nach § 92c Absatz 1 SGB XI uneingeschränkt möglich.

Zu § 92c Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Durch die Ergänzungen und Umstrukturierungen in § 92c Absatz 5 Satz 1 bis 3 SGB XI wird die Bedeutung der Erfahrungen und Erkenntnisse der wissenschaftlichen Evaluation der bereits durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch gestärkt. Diese Erfahrungen und Erkenntnisse sind bei den Empfehlungen zu den Vertragsinhalten und Vertragsvoraussetzungen zu Grunde zu legen. Zudem werden Präzisierungen zu den in diesem Zusammenhang besonders relevanten Punkten – Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung und soziale Einbindung der Pflegebedürftigen – aufgenommen. Die vorliegenden Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Modellen nach § 8 Absatz 3a und 3b SGB XI sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitäts sicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des § 92c Absatz 1 SGB XI sind weiterhin zu beachten. Zudem wird der Zeitraum zur Erstellung der Bundesempfehlungen wieder auf zwölf Monate verlängert. Damit wird auf Stellungnahmen zum Kabinettsentwurf reagiert (welcher eine Anpassung des Zeitraums auf neun Monate vorsah), die die verkürzte Dauer angesichts der großen Verhandlungsspielräume als unrealistisch eingeschätzt haben. Die Verlängerung gibt außerdem Trägern von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen mehr Zeit für die Prüfung, ob sie die Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen in Zukunft anbieten möchten. Träger von stationären Einrichtungen können zudem insbesondere prüfen, ob der Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags für sie in Betracht kommt und einen solchen gegebenenfalls bereits abschließen.

Zu Nummer 58 (§ 109 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Versehens, durch das im Gesetzestext des § 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Fehler in der Kommasetzung entstanden waren.

Zu Nummer 62 (§ 113b des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Um die Pflegequalität in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) sicherzustellen, werden die ambulanten Qualitätsinstrumente für diese neue Versorgungsform nach deren Einführung durch die Pflegeselbstverwaltung angepasst.

Durch die Beauftragung wissenschaftlicher Einrichtungen oder Sachverständiger durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI sollen zugleich spezifische wissenschaftliche Erkenntnisse zur Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung für dieses Setting generiert werden und die entsprechenden Regelwerke durch die gewonnenen wissenschaftlichen Ergebnisse weiterentwickelt werden.

Für die wissenschaftliche Erarbeitung spezifischer Regelungen und die Vorlage eines Abschlussberichtes soll durch die Änderung ein Jahr mehr Zeit eingeräumt werden, damit die Erfahrungen aus dem erst anlaufenden Entstehungsprozess der neuen Versorgungsform ausreichend Berücksichtigung finden können. Zugleich wird dadurch vermieden, dass durch eine zu zeitnahe Aufeinanderfolge von Anpassungsprozessen unnötiger bürokratischer Aufwand ohne Gewähr für ausreichenden Mehrwert erzeugt wird. Dies ist erforderlich, da die Vertragsparteien und der MD Bund als Richtliniengeber verpflichtet sind, die Regelungen an die medizinisch-pflegefachlichen Fortschritte anzupassen. Daraus ergibt sich, dass die Regelwerke umgehend an die neu generierten wissenschaftlichen Ergebnisse anzupassen sind.

Zu Nummer 63 (§ 113c des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu § 113c Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Die Verpflichtung der vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Durchführung von Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen wird aufgehoben (vormals § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1). Es wird davon ausgegangen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen im eigenen Interesse Maßnahmen zur Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, um den Personaleinsatz effizienter zu gestalten und diesen stärker an den Qualifikationen und den Kompetenzen des Personals zu orientieren. Die Entscheidung berücksichtigt das Ziel des Koalitionsvertrages, eine Vertrauenskultur zu fördern und die Eigenständigkeit sowie Eigenverantwortung der Berufsgruppen zu stärken, „statt sie mit Bürokratie aus Gesetzgebung und Selbstverwaltung zu lähmen“ (Zeilen 3494 bis 3496). Darüber hinaus erfolgt sie vor dem Hintergrund, dass Hilfskräfte mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr derzeit nicht in ausreichender Menge am Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Ab etwa 2028/2029 ist mit einem nennenswerten Zustrom von Pflegefachassistentenpersonen auf dem Arbeitsmarkt zu rechnen, bedingt durch die bundesweit neu eingeführte Pflegefachassistentenausbildung.

Ferner wird in § 113c Absatz 3 Nummer 1 neu gegenüber dem Gesetzentwurf die Möglichkeit gestrichen, auf Stellen für Hilfskraftpersonal mit einer landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr auch Personal zu führen, das über eine mindestens einjährige kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt. Damit wird ein Anliegen des Bundesrates aufgegriffen. Die Möglichkeit, nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Personal anderer Qualifikationen auf den Stellen für Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege zu führen, ist nur als ein Zwischenschritt zu betrachten. Sobald die Ergebnisse des Modellprojekts gemäß § 8 Absatz 3b SGB XI sowie der Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 113c Absatz 8 SGB XI zur Einhaltung der Zielwerte für eine mindestens zu vereinbarenden personelle Ausstattung gemeinsam vorliegen, wird eine umfassende Überarbeitung des § 113c SGB XI geprüft.

Darüber hinaus wird in der Bund-Länder-AG zur Pflegereform beraten, wie das Personalbemessungsverfahren nach § 113c SGB XI weiter flexibilisiert und entbürokratisiert werden kann. Es ist das Ziel der Bund-Länder-AG, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen Pflegebedürftige in guter Qualität versorgen und dabei gute Arbeitsbedingungen für das Personal gewährleisten können, auch bei begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen. Damit sie hierfür mehr Freiraum erhalten, sollen mehr Flexibilität beim Personaleinsatz erlaubt werden und unterschiedliche Personalvorgaben in Bund und Ländern zugunsten bundeseinheitlicher Vorgaben abgebaut werden.

Zu § 113c Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Vor dem Hintergrund, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen auf einer freiwilligen Basis durchführen, wird die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes ergänzt. Er berichtet auch die Anzahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchführen, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden oder die sich an den Zielen und der Konzeption der Modellprojekte nach § 8 Absatz 3b orientieren.

Zu Nummer 64 (§ 113d des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Befristung der Geschäftsstelle wird auf den 31. Dezember 2029 festgelegt. Die Geschäftsstelle wird der oder dem Bevollmächtigen für Pflege jährlich, erstmals zum 31. März 2028, einen Bericht über ihre Arbeit vorlegen. Über eine mögliche Fortführung der Geschäftsstelle über den 31. Dezember 2029 hinaus soll der Deutsche Bundestag zu gegebener Zeit entscheiden. In die Entscheidung sollen die Berichte über die Arbeit der Geschäftsstelle einfließen.

Zu Nummer 71 (§ 118a des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Änderung sieht vor, dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zur Erfüllung ihrer Aufgaben die berufsständischen Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Landesebene, die Belange von beruflich Pflegenden vertreten, und weitere Organisationen, die Belange von beruflich Pflegenden auf Bundes- ebene vertreten, beteiligen müssen. Unter berufsständische Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Landes- ebene, die Belange von beruflich Pflegenden vertreten, fallen die Landespflegekammern und vergleichbare Or- ganisationen.

Unter weitere Organisationen, die die Belange von beruflich Pflegenden auf Bundesebene vertreten, fallen auch für Pflegeberufe tarifzuständige repräsentative Gewerkschaften. Langfristig ist es das Ziel, die fragmentierte Landschaft der Organisationen, die sich für die Belange der Pflegeberufe, die weitere Professionalisierung der Pflegeberufe und eine fachlich und wissenschaftlich fundierte Qualitätsentwicklung in der Pflege einsetzen, unter einer Organisationsform auf Bundesebene zu einen. Unter dieser Organisationsform könnten Pflegeberufsver- bände, Landespflegekammern und vergleichbare Organisationen sowie weitere Organisationen, die die Belange der Pflegeberufe vertreten, gemeinsam eine legitimierte und fachwissenschaftlich fundierte Meinungsbildung auf Bundesebene sicherstellen, um ihre Aufgaben nach dem SGB V und dem SGB XI wahrzunehmen. Um fachwissen- schaftliche Fundierung zu erreichen, kann diese neue Organisation selbst fachwissenschaftlich arbeiten und/oder fachwissenschaftliche Experten einbeziehen. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, die durch die Verordnung nach § 118a Absatz 3 SGB XI benannt werden, kommt bei dieser Auf- gabe eine besondere Verantwortung zu.

Zu Nummer 75 (§ 125d des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

In § 125d SGB XI werden zur konkreteren Festlegung der Ausrichtung der Modellvorhaben Teile der Begründung in die Norm aufgenommen. Darüber hinaus wird die Dauer der Befristung der Modellvorhaben angepasst, um die Durchführung innerhalb der Dauer der Finanzierung zu ermöglichen. Zudem werden dadurch schnellere Ergeb- nisse erwartet, die anschließend bei der Prüfung der gesetzgeberischen Anpassungsnotwendigkeiten einbezogen werden können.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 2 (§ 113c des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen auf Grund der Änderung der Nummerierung in § 113c Ab- satz 3 Satz 1 SGB XI in Artikel 1 Nummer 63 Buchstabe b.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 0a (§ 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Die Regelung stellt sicher, dass sich die Krankenkassen im Bereich der sächlichen Verwaltungsausgaben im Jahr 2026 angemessen an den Maßnahmen zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversi- cherung beteiligen. Zu den sächlichen Verwaltungsausgaben zählen etwa Kosten für Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung, Post- und Fernmeldegebühren, Aufklärungs- und Werbemaßnahmen sowie Vergütungen für externe Dritte.

Durch die Begrenzung des Anstiegs der sächlichen Verwaltungsausgaben von 8 Prozent im Jahr 2026 gegenüber dem Jahr 2024 sparen die Krankenkassen insgesamt einen Betrag in Höhe von rund 100 Millionen Euro ein. Berücksichtigt ist hierbei der Zuwachs der sächlichen Verwaltungsausgaben von 6,2 Prozent in den Kontengrup- pen 71 bis 75 aus den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen für das 1. Halbjahr 2025 und einer daraus für das Gesamtjahr 2025 abgeleiteten Ausgabensteigerung von rund 6 Prozent. Ohne begrenzende Maßnahmen für das Jahr 2026 wäre auf Grundlage der durchschnittlichen Ausgabenzuwächse der vergangenen zehn Jahre mit einem Anstieg der sächlichen Verwaltungsausgaben von rund 4 Prozent gegenüber dem Jahr 2025 zu rechnen. Eine Ausgabendämpfung um 100 Millionen Euro entspricht im Bereich der sächlichen Verwaltungsausgaben ei-

nem um rund 2 Prozentpunkte verringerten Ausgabenzuwachs gegenüber dem Vorjahr. Der Bezug auf das Jahr 2024 verhindert Fehlanreize für die Krankenkassen, die sächlichen Verwaltungsausgaben im laufenden Jahr 2025 auszuweiten, um geringere Ausgabenzuwächse im Jahr 2026 auszuweisen.

Satz 2 nimmt nach wie vor Ausgabensteigerungen für sächliche Verwaltungsausgaben in Zusammenhang mit den Aufwendungen für Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e von der Ausgabenbegrenzung aus. Mit dem Abschluss der Sozialversicherungswahlen 2023 findet die bisherige Ausnahme von der Ausgabenbegrenzung nach Satz 1 keine Anwendung mehr, so dass sie im Sinne der Rechtsbereinigung entfällt.

Bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse werden der Stand der Haushaltsaufstellung und die Besonderheiten des Verbundträgers der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) berücksichtigt.

Zu Nummer 0b (§ 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Mit der Regelung wird eine Regelungslücke für Personen geschlossen, die bereits das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren Versicherungspflichttatbestand aber erst nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben eintritt.

Gemäß § 6 Absatz 3a Satz 1 sind Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Hierdurch wird zum Schutz der Solidargemeinschaft sichergestellt, dass Personen, die versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig waren, nicht zu diesem späten Zeitpunkt in ihrem Erwerbsleben von der privaten Krankenversicherung zurück in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln können, obwohl sie im vergangenen Fünfjahreszeitraum der Sphäre der privaten Krankenversicherung zuzuordnen waren.

Zu dieser Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg am 19. April 2024 (Az. L 1 KR 441/21) entschieden, dass die weitere Voraussetzung in § 6 Absatz 3a Satz 2 „mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig“ dem Wortlaut nach auf den in § 6 Absatz 3a Satz 1 enthaltenen Fünfjahreszeitraum zu beziehen ist, der mit Eintritt der Versicherungspflicht endet und nicht mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Diese Auslegung hat zur Folge, dass die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung frühestens zweieinhalb Jahre nach dem durch das Ausscheiden aus dem Berufsleben bedingten Ende der Versicherungsfreiheit, dem Ende einer hauptberuflichen selbstständigen Erwerbstätigkeit (nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig) oder dem Wegfall einer Befreiung von der Versicherungspflicht einen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung eröffnet. Eine solche Aushöhlung der grundsätzlichen Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung entsprach nicht der Intention des Gesetzgebers.

Im Hinblick auf die Rechtsprechung ist daher mittels der neuen Regelung Abhilfe zu schaffen. Nach dieser wirkt für Zwecke der Voraussetzung des Satzes 2 eine nach Vollendung des 55. Lebensjahres wegfallende Versicherungsfreiheit, Befreiung von der Versicherungspflicht oder hauptberufliche selbstständige Erwerbstätigkeit (nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig) fort. Grundsätzlich haben sich diese Personen (weiterhin) in der privaten Krankenversicherung abzusichern. Für der privaten Krankenversicherung zugeordnete Personen besteht dabei Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif.

Im vormaligen Satz 3 und neuen Satz 4 werden Folgeänderung zum neu eingefügten Satz 3 vorgenommen. Die erweiternde Regelung des neuen Satzes 3 erfasst gleichfalls auch Ehegatten und Lebenspartner von Beamtinnen und Beamten, hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigen und versicherungsfreien Personen.

Wenn privat Krankenversicherte ins Ausland ziehen und dort eine Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten, können zwischenstaatliche oder supranationale Normen die Anerkennung von im Ausland zurückgelegten Zeiten in einer gesetzlichen Absicherung anordnen. Solche Regelungen bezwecken die Gleichstellung mit gesetzlich Versicherten im Inland, nicht jedoch eine Besserstellung im Vergleich zu Versicherten mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland. Die systembedingten Einschränkungen bei der Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sollten durch derartige Vorschriften nicht umgangen werden können.

Eine fundamentale Bestimmung zur Systemabgrenzung zwischen GKV und privater Krankenversicherung ist § 6 Absatz 3a, nach dem ein Wechsel in die GKV nach Vollendung des 55. Lebensjahres nur noch sehr eingeschränkt möglich ist, wenn in den letzten fünf Jahren zuvor schon eine Versicherung in der GKV bestanden hat oder die

betreffenden Personen nicht einer Personengruppe angehören, die, wie zum Beispiel als Jahresarbeitsentgeltüberschreiter und Beamte versicherungsfrei oder als hauptberuflich Selbständige nicht versicherungspflichtig und damit grundsätzlich der PKV zugewiesen sind. Mit der Regelung sollen Wechsel in die GKV unterbunden werden, wenn während der aktiven Erwerbsphase keine ausreichende Beteiligung an der solidarischen Finanzierung der GKV stattgefunden hat.

Personen, die vor einem Auslandsaufenthalt bereits in Deutschland ansässig waren, konnten bzw. hatten sich in Deutschland gegen Krankheit abzusichern. Von Sonderversicherungssystemen abgesehen ist hierfür nach den gesetzlichen Regelungen entweder eine Absicherung in der GKV oder in der PKV möglich bzw. vorgesehen. Die im Gesetz enthaltene Systemabgrenzung sollte durch einen Auslandsaufenthalt nicht umgangen werden können. Daher ist die Systemabgrenzung in § 6 dahingehend zu präzisieren, dass die ausschließenden Voraussetzungen für eine Aufnahme in die GKV nach Vollendung des 55. Lebensjahres auch bei Personen, die nach einem Aufenthalt im Ausland nach Deutschland ziehen, wirkungsgleich zur Anwendung kommen. Damit ein Aufenthalt im Ausland weder zu einer Benachteiligung noch zu einer Bevorzugung im Vergleich zu durchgängig im Inland Versicherten führt, sind die Voraussetzungen bei erstmaliger Wahl einer gesetzlichen Absicherung nach Vollenlung des 55. Lebensjahrs zu prüfen, unabhängig davon, ob diese im Inland oder im Ausland erfolgt.

Da die Regelung keine Einschränkungen enthält, gilt sie für sämtliche Versicherungspflichttatbestände nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 13. Sofern vor dem Aufenthalt im Ausland eine private Krankenversicherung bestanden hat, können Versicherte ihren Vertrag als Anwartschaftsversicherung fortführen (§ 204 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes). Andernfalls besteht Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif.

Zu Nummer 0c (§ 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die neuen Sätze 2 bis 6 entsprechen der bestehenden Rechtslage und waren bisher in der listenförmigen Aufzählung in Satz 1 enthalten. Sie regeln nähere Bestimmungen zu den Voraussetzungen in Satz 1 und wurden nun im Anschluss an die Aufzählung in eigene Sätze überführt, um die Regelung insgesamt übersichtlicher zu gestalten.

Bei der Ergänzung des Satzes 7 (bisher Satz 3) handelt es sich um eine Klarstellung, dass mit der Regelung von der grundsätzlichen Regelung in Satz 1 abgewichen wird.

Mit dem neuen Satz 8 wird der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über die beitragsfreie Familienversicherung für privat versicherte Rentnerinnen und Rentner ausgeschlossen, deren Zahlbetrag der Vollrente oberhalb der Gesamteinkommensgrenze der Familienversicherung liegt und die nur durch die Wahl einer Rente wegen Alters als Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen. Mit der Regelung wird auf vermehrte Fälle reagiert, in denen privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch ein gezieltes, temporäres Absenken ihres Rentenzahlbetrags Zugang zur GKV über ihre Ehegattin und Ehegatten erhalten. Die Regelung schließt insoweit eine Gesetzeslücke in der Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und dient dem Schutz der Solidargemeinschaft. Mit der Regelung wird die Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers bekräftigt, dass Personen, die sich gegen die solidarische Beitragstragung in der GKV zu Zeiten ihres Erwerbslebens entschieden haben, nicht im Alter in die GKV zurückkehren sollen.

Zu Nummer 2 (§ 15a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu § 15a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Mit der Änderung wird sichergestellt, dass alle in § 4a PflBG erfassten Qualifikationen unter den weiteren Voraussetzungen des § 15a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Leistungserbringung zugelassen werden.

In Absatz 1 Nummer 1 wird zudem die Möglichkeit vorgesehen, dass bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen nach einer pflegerischen Diagnose erbracht werden können. Die pflegerische Diagnose erfolgt dabei durch die Pflegefachperson, die die Leistungen der ärztlichen Behandlung erbringt. Pflegefachpersonen sind nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a PflBG durch ihre Ausbildung dazu befähigt, den individuellen Pflegebedarf zu erheben und festzustellen und können somit den pflegerischen Bedarf feststellen bzw. Pflegediagnosen stellen. Die Vertragspartner nach § 73d und § 112a legen fest, welche Leistungen der ärztlichen Behandlung die Pflegefachperson auf der Grundlage einer pflegerischen Diagnose erbringen kann.

Zu § 15a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

In die leistungsrechtliche Legaldefinition von Pflegefachpersonen werden die gesonderten Abschlüsse nach § 58 Absatz 1 und 2 PflBG aufgenommen. Mit der Erweiterung wird sichergestellt, dass auch nach dem PflBG ausgebildete Altenpflegerinnen, Altenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger unter die Legaldefinition von Pflegefachpersonen nach dem SGB V fallen.

Personen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach dem Altenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung verfügen über eine Erlaubnis, die bereits gemäß § 64 Satz 2 PflBG als Erlaubnis nach § 1 Satz 1 PflBG gilt, und sind deshalb von der Legaldefinition erfasst. Sie werden aus deklaratorischen Gründen in die Legaldefinition aufgenommen.

Zu Nummer 13 (§ 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Durch die Modifizierung der Frist in § 64 Absatz 1 Satz 6 SGB V wird der Zeitraum zur Anpassung des Rahmenvertrags unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 4 SGB V neu zur Beschleunigung des Verfahrens um sechs Monate verkürzt und beläuft sich damit auf den 30. September 2026.

Zu Nummer 15a (§ 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 73 Absatz 9 und 10 SGB V gewährleisten für einzelne veranlasste Leistungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 7a SGB V, dass nur solche Software für die Verordnung der dort genannten Leistungen genutzt wird, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen wurde und bestimmte Vorgaben erfüllt, die im Bundesmantelvertrag-Ärzte festgehalten sind. Die vorgesehene Regelung schließt eine bisher bestehende Regelungslücke im Kontext der Einführung elektronischer Verordnungen und weitet die Vorgaben auf alle weiteren veranlassten Leistungen aus, die in § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V genannt werden. Mit der Regelung wird eine Vereinfachung der Verordnungspraxis für die Vertragsärzte im Zusammenhang mit der Einführung elektronischer Verordnungen erreicht und eine qualitativ hochwertige sowie rechtskonforme Softwarenutzung im Rahmen der Verordnungstätigkeit gewährleistet. Die Regelungsbefugnis beinhaltet auch die Möglichkeit Umsetzungsfristen festzulegen.

Zu Nummer 16 (§ 73d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Durch die Anpassung der Frist in § 73d Absatz 1 Satz 1 SGB V wird der Zeitraum zur Vereinbarung des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 SGB V – neu – zur Beschleunigung des Verfahrens um sieben Monate verkürzt und beläuft sich damit auf den 31. Dezember 2026. Durch die Anpassung der Frist in § 73d Absatz 1 Satz 4 SGB V – neu – wird der Zeitraum zur Verpflichtung der Vertragspartner zur Prüfung, ob im Rahmenvertrag nach § 64d Absatz 1 Satz 4 SGB V Anpassungen erforderlich sind, damit Pflegefachpersonen die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung auch in der Regelversorgung erbringen können, um fünf Monate verkürzt und beläuft sich damit auf den 31. Juli 2026.

Aufgrund der Änderung der Fristen für die Anpassung des Rahmenvertrags in § 64d SGB V und für die Vereinbarung des Vertrages nach § 73d Absatz 1 Satz 1 SGB V wird die Frist für die Evaluation in § 73d Absatz 4 SGB V angepasst. Die Änderungen dienen der Beschleunigung des Verfahrens.

Darüber hinaus wird mit der Änderung des § 15a Absatz 1 Nummer 1 SGB V die Möglichkeit vorgesehen, dass bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen nach einer pflegerischen Diagnose erbracht werden können. Die Vertragspartner legen fest, welche Leistungen nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung und welche Leistungen nach einer pflegerischen Diagnose durch die Pflegefachperson erbracht werden können. Da der Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz 1 SGB V Vereinbarungen insbesondere für die vertragsärztliche Versorgung, die häusliche Krankenpflege und die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen trifft, können unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsabläufe in den

einzelnen Leistungsorten unterschiedliche Vorgaben in Bezug auf einzelne Leistungen getroffen werden, je nachdem in welchem Versorgungsbereich sie erbracht werden. Während in der vertragsärztlichen Versorgung, in der die Pflegefachpersonen als Angestellte der Arztpraxen tätig sind, der ärztliche Erstkontakt mit ärztlicher Diagnose- und Indikationsstellung erforderlich sein wird, kann in Pflegeeinrichtungen allein die pflegerische Einschätzung für die Erbringung der Leistung ausreichend sein.

Zu Nummer 18 (§ 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu § 87 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Die Regelung stellt sicher, dass durch die regelmäßige Überprüfung der einheitlichen Bewertungsmaßstäbe für die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen dem Ziel der angemessenen Berücksichtigung der barrierefreien Leistungserbringung Rechnung getragen wird. Soweit aufgrund der Überprüfung eine Anpassung der Bewertungsmaßstäbe erforderlich ist, stellt die Regelung zudem sicher, dass sich durch die Anpassung zum Zeitpunkt der Anpassung das in Punkten bestimmte Leistungsvolumen insgesamt nicht erhöht.

Zu § 87 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu den Nummern 18a und 27c (§§ 92a und 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu § 92a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Die Finanzierung des Innovationsfonds wird im Jahr 2026 einmalig auf 100 Millionen Euro abgesenkt, um einen Beitrag dazu zu leisten, den Ausgabenanstieg der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2026 zu begrenzen. Die Finanzierung der Mittel für das Jahr 2026, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse, erfolgt dabei ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2027 beträgt die jährliche Fördersumme wieder 200 Millionen Euro und wird, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse, hälftig durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen getragen.

Analog zur Absenkung der Gesamt-Fördersumme im Jahr 2026 wird die Fördersumme für die Förderung von neuen Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit sowie für die Entwicklung oder Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien im Jahr 2026 um die Hälfte gesenkt.

Zu § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Bei dem neuen Satz 2 des § 271 Absatz 5 handelt es sich um eine Folgeänderung zu der in § 92a Absatz 4 angepassten Finanzierungsregelung zum Innovationsfonds im Jahr 2026.

Zu Nummer 21 (§ 112a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Frist in § 112a Absatz 1 Satz 1 SGB V zur Vereinbarung eines Vertrages über Leistungskataloge nach § 112a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V sowie über Rahmenvorgaben nach § 112a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V wird vom 31. Juli 2028 auf den 31. Juli 2027 angepasst. Der Vertrag nach § 112a SGB V setzt auf dem Vertrag nach § 73d SGB V auf. Nach der Anpassung haben die Vertragspartner ab Vereinbarung des Vertrags nach § 73d SGB V sieben Monate, um den Vertrag nach § 112a Absatz 1 Satz 1 SGB V zu erarbeiten.

Aufgrund der Änderung der Frist für die Vereinbarung des Vertrages nach § 112a Absatz 1 Satz 1 SGB V wird die Frist für die Evaluation in § 112a Absatz 4 SGB V entsprechend angepasst. Die erfolgten Fristverkürzungen dienen der Beschleunigung des gesamten Prozesses und der Ermöglichung eines früheren Wirksamwerdens des Vertrages.

Darüber hinaus wird mit der Änderung des § 15a Absatz 1 Nummer 1 die Möglichkeit vorgesehen, dass bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen nach einer pflegerischen Diagnose erbracht werden können. Die Vertragspartner legen fest, welche Leistungen nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung und welche Leistungen nach einer pflegerischen Diagnose durch die Pflegefachperson erbracht werden können.

Zu Nummer 21a (§ 117 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu § 117 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Mit der Änderung wird für die Ambulanzen an Einrichtungen, die nach Landesrecht für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ärztinnen und Ärzten in psychotherapeutischen Fachgebieten zugelassen sind, die Legaldefinition der Weiterbildungsambulanzen eingeführt, damit dieser Begriff im Gesetz verwendet werden kann.

Zu § 117 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Es handelt sich um Folgeänderungen, die daraus resultieren, dass für die Weiterbildungsambulanzen die Möglichkeit geschaffen wird, ihre Vergütungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 120 Absatz 2 zu vereinbaren. Die entsprechende Verweisung in Absatz 3c auf die Weiterbildungsambulanzen nach Absatz 3b ist mithin obsolet. Entsprechend ist auch die Regelung der Weitergabe von mindestens 40 Prozent der von den Krankenkassen geleisteten Vergütung an die Weiterbildungsteilnehmenden hinfällig sowie die Mitteilung der Höhe der Ausbildungskosten und des auszuzahlenden Vergütungsanteils. Die Nennung der Weiterbildungsteilnehmenden ist aus der jeweiligen Regelung zu streichen.

Zu Nummer 22a (§ 120 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Durch die Änderung in Absatz 2 Satz 1 und dem entsprechende notwendige Folgeänderungen in den Sätzen 2 und 3 werden die Weiterbildungsambulanzen nunmehr explizit in § 120 Absatz 2 genannt und insoweit mit den bereits benannten Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und den medizinischen Behandlungszentren gleichgestellt.

Durch die Ergänzung der Sätze 8 und 9 wird als Maßstab für die Festlegung der Vergütung der Weiterbildungsambulanzen eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen vorgegeben. Auch dürfen nur Leistungen vergütet werden, für die eine Ermächtigung des Zulassungsausschusses vorliegt und die gegenüber Versicherten erbracht werden. Für andere Aufgaben, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang zu der Leistungserbringung gegenüber einem Versicherten stehen, besteht keine Leistungspflicht der Krankenkassen und sind somit nicht zu vergüten. Da in den Weiterbildungsambulanzen die Leistungen durch Weiterbildungsteilnehmer erbracht werden, die im Rahmen ihrer Weiterbildung durch die jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Länder neben der Behandlung von Patientinnen und Patienten weitere Lerninhalte auferlegt bekommen haben, die nicht in die Zuständigkeit des Bundes fallen, sind klare Abgrenzungen für die zu vergütenden Leistungen erforderlich.

Zu Nummer 25a (§ 176 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) wurde eine Bestandschutzregelung für Mitglieder in (privaten) Solidargemeinschaften in § 176 eingeführt, in denen großteils jahrzehntelang vor Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall ein Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt wurde. Dabei handelt es sich um eine eng begrenzte Ausnahmeregelung. An dem grundsätzlich dual ausgestalteten System der Absicherung im Krankheitsfall durch die gesetzliche und die private Krankenversicherung sollte ausdrücklich festgehalten werden und die Errichtung einer neuen Versicherungssäule explizit ausgeschlossen werden. Im Einklang damit scheidet im Fall eines späteren Verlustes der gesetzlichen Anerkennung der Mitgliedschaft als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (z. B., wenn die Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft nach Ablauf eines weiteren 5-Jahres-

zeitraums nicht erneut nachgewiesen wurde) eine Mitgliedschaft in der davon betroffenen Solidargemeinschaft als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall aus und es kommen die allgemeinen Regelungen zur Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder die private Krankenversicherung, insbesondere § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetz, zur Anwendung (vgl. zum Ganzen die Gesetzesbegründung in Deutscher Bundestag, Drucksache 19/27652, Seite 109 f.)

Solidargemeinschaften, die die in § 176 Absatz 1 genannten Voraussetzungen erfüllen, konnten einen Antrag stellen, um zu Gunsten ihrer Mitglieder Bestandsschutz zu erlangen. Über vier Jahre nach dem Inkrafttreten dieser Regelung bestand ausreichend Zeit für interessierte Solidargemeinschaften, nach interner Willensbildung einen entsprechenden Antrag zu stellen. Von dieser Möglichkeit haben diverse Solidargemeinschaften auch Gebrauch gemacht und dem vom Gesetzgeber gewollten Bestandsschutz wurde Genüge getan. Da es mit Blick auf das grundsätzlich bestehende dual ausgestaltete System nicht sachgerecht ist, die interne Entscheidungsfindung über eine etwaige Antragsstellung zeitlich unbegrenzt zu ermöglichen, wird vor dem Hintergrund des bereits verstrichenen mehrjährigen Entscheidungszeitraum geregelt, dass die Möglichkeit zur erstmaligen Antragsstellung nach § 176 Absatz 1 für Solidargemeinschaften nach dem 30. Juni 2026 ausgeschlossen ist.

Zu Nummer 27a (§ 221a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2025 soll unter anderem ein ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds zur Abgeltung von Aufwendungen geleistet werden, die den Krankenkassen infolge der Berechnung von Zuschlägen durch die Krankenhäuser bei der zeitlich befristeten stationären Behandlung von in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten entstehen. Der Rechnungszuschlag soll die Lücke bei den Sofort-Transformationskosten der Krankenhäuser aus den Jahren 2022 und 2023 schließen. Den Rechnungszuschlag sollen sowohl somatische als auch psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser erhalten, weshalb das Haushaltsbegleitgesetz entsprechende Rechnungszuschläge in § 8 Absatz 11 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und in § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung vorsieht. Der gesetzlichen Krankenversicherung sollen durch den Rechnungszuschlag keine Mehrausgaben entstehen und gleichzeitig durch einen Übertrag einer möglichen Differenz zwischen den geleisteten ergänzenden Bundeszuschüssen und den durch die Krankenkassen tatsächlich an die Krankenhäuser gezahlten Rechnungszuschlägen an den Krankenhaustransformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sichergestellt werden, dass die bereitgestellten Mittel in voller Höhe zur Finanzierung der Transformation der Krankenhauslandschaft genutzt werden können. Aufgrund eines redaktionellen Versehens wurde jedoch im Rahmen der Abstimmung des Haushaltsbegleitgesetzes 2025 im Hinblick auf die den Krankenkassen entstehenden Aufwendungen der Verweis auf die Bundespflegesatzverordnung in § 221a Absatz 1, 3 und 4 gestrichen und nur ein Verweis auf das Krankenhausentgeltgesetz aufgenommen. Dies hätte zur Folge, dass bei den nach § 221a Absatz 3 und 4 vorzunehmenden Spitzabrechnungen die von den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern nach der Bundespflegesatzverordnung bei Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und im Zeitraum vom 1. November 2025 bis zum 31. Oktober 2026 zur voll- oder teilstationären Behandlung in die Krankenhäuser aufgenommen werden, berechneten Rechnungszuschläge bei der Ermittlung des Differenz-betrages nicht berücksichtigt würden. Somit würde der Restmittelübertrag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Krankenhaustransformationsfonds um diesen Betrag höher ausfallen und die gesetzliche Krankenversicherung in nicht intendierter Weise belastet. Die Änderung korrigiert dieses Versehen.

Zu Nummer 27b (§ 226 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nach geltendem Recht entfällt die Beitragsfreiheit der Waisenrente oder entsprechender Hinterbliebenenversorgungsleistungen, wenn Versicherungspflicht als Beschäftigte oder Beschäftigter eintritt, da die Versicherungspflicht als Beschäftigte oder Beschäftigter nach § 5 Absatz 8 Satz 1 vorrangig vor der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b ist. Die angesprochenen Freiwilligendienste nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz und dem Jugendfreiwilligendienstgesetz und vergleichbare anerkannte Freiwilligendienste unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1. Das hierfür geltende Erfordernis der Entgeltlichkeit wird durch das in der Regel gewährte Taschengeld und gegebenenfalls durch die Sachleistungen Verpflegung, Unterkunft und Arbeitskleidung beziehungsweise entsprechende Geldersatzleistungen erfüllt.

Für Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 versicherungspflichtig sind, bestimmt § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3, dass der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) der Beitragsbemessung zugrunde zu legen ist.

Mit der Ergänzung des § 226 um den neuen Absatz 6 werden die Waisenrente oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen auch während der Ableistung eines Freiwilligendienstes beitragsfrei gestellt, wenn Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b versicherungspflichtig sind, durch Ableistung eines Freiwilligendienstes als Beschäftigte versicherungspflichtig werden. Dies gilt auch für Bezieher einer Waisenrente der Alterssicherung für Landwirte, wenn die Versicherungspflicht als Beschäftigte oder Beschäftigter durch die Ableistung eines Freiwilligendienstes Vorrang vor der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung hat.

Zu den Nummern 31, 31a und 41 (§§ 291, 291a und 362 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu § 291 Absatz 7 und 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Für das Gesundheitswesen durften seit 2022 ausschließlich Identifizierungsverfahren genutzt werden, die eine Prüfung des Ausweises vor Ort beinhalten (z. B. Geschäftsstelle der Krankenkasse oder POSTIDENT Zustellung) sowie Verfahren unter Nutzung der Online-Funktion des Personalausweises. Identifizierungsverfahren mit VideoIdent-Anteilen bieten für den Gesundheitsbereich grundsätzlich eine weitere Möglichkeit für Versicherte, sich auf einem alternativen Weg zu identifizieren, ohne dass sie ihre PIN zum Ausweis oder zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) benötigen oder dafür in einer Krankenkassen-Geschäftsstelle erscheinen müssen. Die gematik hat nun die sicherheitstechnische Eignung für den Einsatz eines solchen neuen Identifizierungsverfahrens in der Telematikinfrastruktur (TI) bestätigt. Bei diesem Identifizierungsverfahren werden zur zusätzlichen Absicherung neben VideoIdent-Anteilen auch Daten aus dem Personalausweis oder dem Pass ausgelesen und genutzt. Dieses Verfahren kann aktuell von den Krankenkassen für die Ausgabe der PIN zur eGK genutzt werden. Die Freigabe des Verfahrens für die Identifizierung zur Einrichtung der GesundheitsID ist in Vorbereitung. Damit zur Prüfung der Identität der Personalausweisinhaberin oder des Personalausweisinhabers, der Passinhaberin oder des Passinhabers die entsprechenden Daten von einer öffentlichen Stelle ausgelesen und bestimmte Daten zum Zwecke der Identitätsüberprüfung verwendet werden dürfen, bedarf es nach dem Passgesetz und nach dem Personalausweisgesetz einer gesetzlichen Befugnis oder einer auf einem Gesetz beruhenden Befugnis. Die Vorschrift schafft ausschließlich die nach § 20 Absatz 3a Satz 1 des PAuswG und § 16a Absatz 3 Satz 1 des PassG erforderliche gesetzliche Befugnis für die Identifizierung bei der Ausgabe der PIN und zur Einrichtung der GesundheitsID. Bei der Verarbeitung der Daten sind die Vorschriften des Personalausweisgesetzes und des Passgesetzes insbesondere § 20 Absatz 3a Satz 2 und 3 des PAuswG und § 16a Absatz 3 Satz 2 und 3 PassG zu beachten.

Die Nutzung der digitalen Identität nach Satz 1 in gleicher Weise wie die eGK zur Authentisierung des Versicherten im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis nach § 291a Absatz 1 muss aufgrund ausstehender technischer Vorarbeiten angepasst werden.

Zu § 291 Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Regelung wird dahingehend präzisiert, dass der Leistungserbringer die Einwilligung des Versicherten in seinem Primärsystem protokollieren muss. Eine mündliche Einwilligung ist dabei ausreichend. Die Einwilligung bedarf nicht der Schriftform. Zudem muss die Krankenkasse die Versicherten darüber informieren, dass ein von einem Leistungserbringer angeforderter Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (elektronische Ersatzbescheinigung) ausgestellt wurde. Diese Benachrichtigung sollte insbesondere durch das Einstellen in die elektronische Patientenakte oder über sichere Übermittlungsverfahren in der Telematikinfrastruktur (TI-Messenger) erfolgen.

Zu § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anpassung des Datums in § 291 Absatz 8.

Zu § 362 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung eines Satzes in § 291 Absatz 8.

Zu Nummer 31b (§ 311 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Durch Aufnahme einer ausdrücklichen Beleihungsklausel wird klargestellt, dass die Gesellschaft für Telematik bei der Durchführung von Zulassungs-, Festlegungs-, und Bestätigungsverfahren sowie bei der Erteilung von Anweisungen zur Abwehr von Gefahren für die Funktionsfähigkeit und Sicherheit der Telematikinfrastruktur, zur Vermeidung von Störungen nach § 329 Absatz 3 Satz 2 und zur Beseitigung von Sicherheitsmängeln nach § 333 Absatz 3 sowie bei der Beauftragung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und der Zertifizierung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 hoheitlich handelt. Die Zertifizierungsleistungen nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 können als hoheitliche Aufgaben des Bundes neben der Gesellschaft für Telematik auch durch die Stellen nach § 385 Absatz 7 als Beliehene erbracht werden. Sofern die Gesellschaft für Telematik in diesem Umfang als Beliehene tätig wird, unterliegt sie der Rechts- und Fachaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Regelung beinhaltet die für die Wahrnehmung der Aufgaben der Gesellschaft für Telematik, für welche sie beliehen wird, erforderliche Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten. Darüber hinaus wird die Befugnis zur Vollstreckung, zur Rücknahme und zum Widerruf der von der Gesellschaft für Telematik erlassenen Verwaltungsakte geregelt. Die Gesellschaft für Telematik kann außerdem Widerspruchsbescheide erlassen. Sämtliche Verwaltungsakte, die die Gesellschaft für Telematik als Beliehene im Rahmen ihrer hoheitlichen Tätigkeit erlässt, sind sofort vollziehbar.

Zu den Nummern 32a und 46 (§§ 326 und 428 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 326 SGB V existiert seit dem 1. Januar 2024 mit zwei unterschiedlichen Regelungsinhalten. Infolge eines gesetzgeberischen Redaktionsvergehens im Zusammenhang mit dem am 20. Oktober 2020 in Kraft getretenen Patientenschutzgesetz vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) wurde versäumt, die im Gesetz zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) enthaltene schwiegende Einfügung des § 326, die dann am 1. Januar 2024 in Kraft getreten ist, in das 15. Kapitel des SGB V (Weitere Übergangsvorschriften) ohne inhaltliche Änderung zu transferieren, was zur Vermeidung einer Doppelung desselben Paragraphen-Zeichens mit unterschiedlichem Regelungsinhalt im SGB V nunmehr erfolgt. Der mit dem Patientenschutzgesetz eingefügte § 326 SGB V, der das Verbot der Nutzung der Telematikinfrastruktur ohne Zulassung oder Bestätigung regelt, bleibt von der vorgeschlagenen Änderung unberührt.

Zu Nummer 34 (§ 340a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

In § 339 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sind die Voraussetzungen für den Zugriff von Leistungserbringern und anderen zugriffsberechtigten Personen auf Anwendungen der Telematikinfrastruktur genannt, insbesondere in § 339 Absatz 3 SGB V für den Zugriff im technischen Sinne mittels des elektronischen Heilberufsausweises. Daher besteht in § 339 SGB V bereits eine Regelung zur Vorhaltung des elektronischen Heilberufsausweises, aus der sich die (technischen) Voraussetzungen für den Zugriff auf die Anwendungen der Telematikinfrastruktur ergeben und die daher auch für den Bereich der Pflege gelten. Eine darüberhinausgehende Verpflichtung der Einrichtungsleitung, die Einhaltung dieser Voraussetzung auf bestimmte Personen der Pflegeeinrichtung zu delegieren, stellt einen nicht erforderlichen bürokratischen Eingriff in die eigenverantwortlich ausgeübte Geschäftstätigkeit der Pflegeeinrichtungen dar.

Zu Nummer 35 (§ 342 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich bei der Anpassung um eine Verschiebung der gesetzlich festgelegten Frist für die Ausleitung von Daten aus der elektronischen Patientenakte an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit. Bereits im Kabinettdewurf ist eine Verschiebung der Frist vorgesehen. Diese Fristverschiebung wird nun nochmals angepasst. Infolge erforderlicher technischer Vorarbeiten und neuer Planungen zu den vorgesehenen Releases im Jahr 2026 ist es erforderlich, dass der Termin angepasst wird.

Da die derzeit im Gesetz vorgesehene Frist bereits abgelaufen ist (15. Juli 2025) ist eine zeitnahe Anpassung dringend geboten.

Zu Nummer 38a (§ 352 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Änderung von § 352 bezweckt die Einschränkung des Zugriffs auf Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 SGB V. Gegenüber der bisherigen Rechtslage, die lediglich die Möglichkeit eines Widerspruchs gegen die Übermittlung dieser Daten eröffnet, wird durch die eingeschränkte Zugriffsmöglichkeit ein höheres Schutzniveau der Versicherten vor der indirekten Offenbarung von sensiblen Informationen garantiert.

Zu Nummer 39 (§ 360 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu § 360 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Einführung der elektronischen Heilmittelverordnung und der Hilfsmittelverordnung werden sich nach hinten verschieben. Das hat zur Folge, dass auch die Verpflichtung für Heilmittelerbringer und für Hilfsmittelerbringer zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur zeitlich nach hinten verschoben werden muss.

Zu § 360 Absatz 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Regelung entspricht wortgleich dem Gesetzentwurf und muss im Änderungsantrag aus rein redaktionellen Gründen wiederholt werden.

Zu Artikel 3a (§ 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nach der gemäß § 31 Absatz 1a Satz 4 auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 beschlossenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses können sonstige Produkte zur Wundbehandlung in die Versorgung nach § 31 Absatz 1 Satz 2 einbezogen werden, sofern sie medizinisch notwendig sind. Nach der Übergangsregelung in § 31 Absatz 1a Satz 5 können bestimmte sonstige Produkte zur Wundbehandlung davon abweichend auch ohne Nachweis, dass sie medizinisch notwendig sind, noch bis zum 2. Dezember 2025 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Um den Zugang zu diesen Produkten auch nach Ablauf dieser Frist zu gewährleisten, soll die Frist bis zum 31. Dezember 2026 verlängert werden. In einem weiteren Gesetzgebungsverfahren soll im Anschluss der Begriff „Verbandmittel“ so definiert werden, dass langfristig eine Versorgung mit notwendigen Verbandmitteln und Wundbehandlungsprodukten sichergestellt ist.

Zu Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufegesetzes)

Zu Nummer 4 (§ 4a des Pflegeberufegesetzes)

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Befugnis zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung für sämtliche dazu erworbenen staatlich geprüften, staatlich anerkannten oder staatlich festgestellten Kompetenzen gilt. Maßgeblich für die eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde soll daher allein der dazu notwendige Kompetenzerwerb sein, ohne zwischen beruflicher oder hochschulischer Ausbildung, Weiterbildung oder sonstiger staatlicher Kompetenzfeststellung zu unterscheiden.

Personen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach dem Altenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung verfügen über eine Erlaubnis, die bereits gemäß § 64 Satz 2 PflBG als Erlaubnis nach § 1 Satz 1 PflBG gilt, und sind deshalb miterfasst.

Zu Nummer 8a (§ 58 des Pflegeberufegesetzes)

Mit der Änderung wird sichergestellt, dass auch Personen mit den gesonderten Abschlüsse nach § 58 Absatz 1 und 2 PflBG zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung im Rahmen der dazu erworbenen Kompetenzen befugt sind.

Zu Artikel 9a (Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland)**Zu den Nummern 1 und 3 (§§ 1 und 3 des Gesetzes zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland)**

Das Gütesiegel wird auf die Anwerbung von auszubildenden Personen nach dem Pflegeberufegesetz und dem Pflegefachassistentengesetz ausgedehnt. Auszubildende bedürfen eines besonderen Schutzes. In beiden Bereichen soll damit auch eine faire und ethische Anwerbung sichergestellt werden.

Zu Nummer 2 (§ 2 des Gesetzes zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland)

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz wird aus der Liste aufgrund fehlender Zuständigkeit gestrichen; die Benennung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird angepasst.

Zu Artikel 13a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**Zu Nummer 1 (§ 9 des Krankenhausentgeltgesetzes)**

Zur finanziellen Entlastung insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Veränderungswert für das Jahr 2026 auf die Höhe des vom Statistischen Bundesamt nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswerts festgelegt. Der maximale Anstieg des von den Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts für das Jahr 2026 wird damit auf die im Orientierungswert abgebildete Kostensteigerung im Krankenhausbereich begrenzt.

Zudem erfolgt durch die Regelung eine Rechtsbereinigung durch die Streichung einer Vorgabe mit bereits abgelaufener Frist.

Die gesetzliche Festlegung des Veränderungswerts für das Jahr 2026 ist zur Erreichung des gesetzgeberischen Ziels, die finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten, geeignet und erforderlich. Die Regelung leistet einen Beitrag zu einem überragend wichtigen Gemeinwohlbelang, nämlich der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Regelung schränkt die Privatautonomie der Vertragsparteien auf Bundesebene insoweit nicht ein, als dass diesen auch bereits bislang im Rahmen ihrer Vereinbarung nach § 9 Absatz 1b Satz 1 über den Veränderungswert nur ein geringer Spielraum bei der Verhandlung über dessen Höhe zusteht, wenn der Orientierungswert – wie für das Jahr 2026 der Fall – die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V unterschreitet, da in diesen Fällen der Veränderungswert der Veränderungsrate entspricht (§ 10 Absatz 6 Satz 6). Nach § 9 Absatz 1b Satz 1 sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene bei der Vereinbarung des Veränderungswerts bislang lediglich anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen.

Die Regelung ist auch verhältnismäßig. Sie steht in einem angemessenen Verhältnis zum angestrebten gesetzgeberischen Ziel. Im Rahmen der Güterabwägung, insbesondere mit dem Recht der Krankenhäuser am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb, ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung um einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang handelt. Der Orientierungswert spiegelt die Kostentwicklung im Krankenhausbereich wider. Durch die gesetzliche Festlegung des Veränderungswerts in Höhe des Orientierungswerts bleibt eine Finanzierung der den Krankenhäusern im Durchschnitt entstandenen Kosten gewährleistet. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb nicht bloße Verdienstmöglichkeiten und in der

Zukunft liegende Chancen – hier namentlich die Zugrundelegung des Veränderungswerts in Höhe der Veränderungsrate – schützt. Ein schutzwürdiges Vertrauen in den Fortbestand der Regelung ist unabhängig davon ebenfalls nicht erkennbar, sodass es dem Gesetzgeber unbenommen ist, eine entsprechende Rechtsänderung vorzunehmen. Es handelt sich zudem um eine befristete Maßnahme, die lediglich für das Jahr 2026 gilt.

Zu Nummer 2 (§ 10 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu § 10 Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes

Zur finanziellen Entlastung insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Veränderungswert für das Jahr 2026 auf die Höhe des vom Statistischen Bundesamt nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswerts festgelegt.

Zu § 10 Absatz 10 des Krankenhausentgeltgesetzes

Durch die Regelung zu § 9 Absatz 1b wird der maximale Anstieg des von den Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts für das Jahr 2026 auf den vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2026 veröffentlichten Orientierungswert begrenzt. Da der Landesbasisfallwert für das Jahr 2026 bis zum 30. November 2025 zu vereinbaren ist und die Begrenzung erst zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft tritt, ist es erforderlich, zu regeln, dass der Landesbasisfallwert unter Berücksichtigung der Begrenzung erneut zu vereinbaren ist. Selbst wenn trotz der zu erwartenden gesetzlichen Regelung nicht bereits für das Jahr 2026 Vereinbarungen unter Berücksichtigung des Orientierungswerts als Obergrenze getroffen werden, ist der Vereinbarungsaufwand für die Vertragsparteien auf Landesebene dennoch gering, weil gegenüber der bis zum 30. November 2025 zu treffenden Vereinbarung lediglich der nunmehr gesetzlich festgelegte Veränderungswert neu zu berücksichtigen ist. Zudem erfolgt durch die Regelung eine Rechtsbereinigung durch die Streichung einer Vorgabe mit bereits abgelaufener Frist.

Zu Artikel 13b (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Die Regelung korrigiert einerseits fehlerhafte Verweise. Daneben wird andererseits zur finanziellen Entlastung insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung der Veränderungswert für das Jahr 2026 auf die Höhe des vom Statistischen Bundesamt nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswerts festgelegt. Der maximale Anstieg des von den Vertragsparteien auf Ortsebene zu vereinbarenden Budgets für das Jahr 2026 wird damit auf die im Orientierungswert abgebildete Kostensteigerung im Krankenhausbereich begrenzt.

Zudem erfolgt durch die Regelung eine Rechtsbereinigung durch die Streichung einer Vorgabe mit bereits abgelaufener Frist. Zur Abwägung von Grundrechtspositionen, die von dieser Regelung betroffen sind, vergleiche die Begründung zur Änderung von § 9 Absatz 1b des Krankenhausentgeltgesetzes.

Zu Artikel 14 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1:

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2026 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes bestimmt ist.

Zu Absatz 1a:

Es wird auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 47 verwiesen.

Zu Absatz 2:

Die Teilnahme am automatisierten Übermittlungsverfahren nach § 55a des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur Beitragssatzdifferenzierung in der sozialen Pflegeversicherung ist seit dem 1. Juli 2025 für alle beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen verpflichtend. Zahlstellen von Versorgungsbezügen nutzen seit Beginn des Verfahrens die Schnittstelle zur Datenstelle der Rentenversicherung. Dies wird mit dem Inkrafttreten der Änderung zu § 202 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch insofern klar gestellt.

Zu Absatz 3:

Ein Inkrafttreten der Änderung des § 31 Absatz 1a Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch am 2. Dezember 2025 ist erforderlich, um die bisher geltende Frist, die am 2. Dezember 2025 abläuft, zu verlängern.

Zu Absatz 4:

Artikel 2 tritt am 1. Januar 2027 in Kraft. Damit wird die bundesrechtliche Regelung der Pflegefachassistentenbildung im Rahmen des Pflegefachassistentenzuges im Elften Buch Sozialgesetzbuch nachvollzogen.

Artikel 9a (Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland) tritt ebenfalls am 1. Januar 2027 in Kraft.

Zu Absatz 5:

Es wird auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 32a verwiesen.

Berlin, den 5. November 2025

Anne Janssen
Berichterstatterin

Claudia Weiss
Berichterstatterin

Claudia Moll
Berichterstatterin

Simone Fischer
Berichterstatterin

Evelyn Schötz
Berichterstatterin