

Synopse

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegerneuordnungsgesetz - PNOG)

Hinweise:

- Änderungen des Inhaltsverzeichnisses werden in der Synopse nicht wiedergegeben.
- Sofern Absätze unverändert bleiben, wurde darauf verzichtet, den Wortlaut wiederzugeben; dies wurde stattdessen mit [...] gekennzeichnet.
- Die im PNOG vorgesehenen Änderungen in der Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV) in Artikel 5 werden in dieser Synopse nicht abgebildet, da sich die Änderungen auf die Erste Verordnung zur Änderung der Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung (1. DiPAV-ÄndVO) beziehen, die erst zum 1. Juli 2026 in Kraft treten soll. Bei den Änderungen handelt es sich lediglich um Folgeänderungen (bisheriger § 39a wird zu § 40c SGB XI).

Artikel 1

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)	Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)
(- SGB 11) vom: 26.05.1994 - Zuletzt geändert durch Art. 12 G v. 22.12.2025 I Nr. 355 Änderung durch Art. 8 G v. 16.4.2026 I Nr. 107	(- SGB 11) vom: 26.05.1994 - Zuletzt geändert durch Art. 12 G v. 22.12.2025 I Nr. 355 Änderung durch Art. 8 G v. 16.4.2026 I Nr. 107
Erstes Kapitel	Erstes Kapitel
Allgemeine Vorschriften	Allgemeine Vorschriften
§ 1	§ 1
Soziale Pflegeversicherung	Soziale Pflegeversicherung
(1) <i>Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen.</i>	(1) Die soziale Pflegeversicherung dient als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.
(2) In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muß eine private Pflegeversicherung abschließen.	(2) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(3) Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 des Fünften Buches) wahrgenommen.</p>	<p>(3) unverändert</p>
<p>(4) <i>Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.</i></p>	<p>(4) Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden insbesondere durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Die Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft (Lebenspartner) gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.</p>
<p>(5) <i>In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.</i></p>	<p>entfällt</p>
<p>(6) <i>Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Die Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Für versicherte Familienangehörige und eingetragene Lebenspartner (Lebenspartner) werden Beiträge nicht erhoben.</i></p>	<p>entfällt</p>
<p>(7) <i>Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.</i></p>	<p>entfällt</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 2	§ 2
Selbstbestimmung	Vorrang der häuslichen Pflege und Art und Umfang der Leistungen
<p>(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.</p>	<p>(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.</p>
<p>(2) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.</p>	<p>(2) Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.</p>
<p>(3) Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.</p>	<p>(3) Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.</p>
<p>(4) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach den Absätzen 2 und 3 hinzuweisen.</p>	<p>(4) Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige haben darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 3	§ 3
Vorrang der häuslichen Pflege	Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen
<p><i>Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.</i></p>	<p>(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Unterstützungsbedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.</p>
	<p>(2) Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen sollen jeweils berücksichtigt werden. Den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege soll nach Möglichkeit Rechnung getragen werden. Die Erbringung der Hilfen soll auch bei jungen Menschen mit Pflegebedarf jeweils altersentsprechend gestaltet werden.</p>
	<p>(3) Den Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe soll im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden, soweit die Wünsche angemessen sind. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege oder einer Pflege, die Rücksicht auf das individuelle Geschlecht oder die sexuelle Orientierung der Menschen mit Pflegebedarf nimmt, haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.</p>
	<p>(4) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	(5) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach dieser Vorschrift hinzuweisen.
§ 4	§ 4
Art und Umfang der Leistungen	Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen
<p>(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.</p>	<p>(1) Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Prävention und Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.</p>
<p>(2) Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.</p>	<p>(2) Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. In gleicher Weise sollen sie im Rahmen der Durchführung von Leistungen zur weiteren medizinischen Prävention mitwirken.</p>
<p>(3) Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige haben darauf hinzuwirken, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.</p>	entfällt
§ 5	§ 5
Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.</p>	<p>(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 6 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.</p>
<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>(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 Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie</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 Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>2. eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.</p>	<p>2. eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7d Absatz 2 Satz 1 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.</p>
<p>Zur Unterstützung der in Satz 3 genannten Umsetzung sollen die Pflegekassen eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen durchführen. Im Zusammenhang mit einer <i>Beratung nach den §§ 7a und 7c</i>, 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 Sachverständes 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.</p>	<p>Zur Unterstützung der in Satz 3 genannten Umsetzung sollen die Pflegekassen eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen durchführen. Im Zusammenhang mit einer Pflegebegleitung nach § 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 § 6 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes 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.</p>
<p>(2) – (3) [...]</p>	<p>(2) – (3) u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1a Satz 4 sowie zur Unterstützung der Datenauswertung nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 des Fünften Buches im Wege einer wissenschaftlichen Expertise relevante Risikofaktoren zur Erkennung einer noch nicht festgestellten, drohenden oder bestehenden Pflegebedürftigkeit zu erheben. Die Erkenntnisse sind bei der Festlegung der Ziele nach den Absätzen 1 und 1a sowie bei der Pflegebegleitung der Versicherten nach § 7c, bei einer Leistungserbringung nach § 36 oder bei einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 zu berücksichtigen. Das Nähere zur Erstellung der wissenschaftlichen Expertise und zur Einbeziehung der Pflegekassen bestimmt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht vor über die Umsetzung und den Erfolg der Maßnahmen zur Reduzierung der nach Satz 1 ermittelten Risikofaktoren sowie über deren Berücksichtigung und Erfolg in der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen.</p>
<p>(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 1a bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.</p>	<p>(5) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 1a bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.</p>
<p>(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 2.</p>	<p>(6) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 2.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(6) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.</p>	<p>(7) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.</p>
<p>§ 6</p>	<p>§ 6</p>
<p>Eigenverantwortung</p>	<p>Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen</p>
<p>(1) Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.</p>	<p>(1) Inhalt und Organisation der Leistungen, die Pflegeeinrichtungen erbringen, haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde jederzeit zu gewährleisten. Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Pflegeeinrichtungen unterstützen die Versicherten dabei, durch eine gesundheitsbewusste Alltagsgestaltung und durch präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflegemaßnahmen, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.</p>
<p>(2) Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.</p>	<p>(2) Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen. Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.</p>
	<p>(3) Die Bestimmungen des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes bleiben unberührt.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(4) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die über eine Erlaubnis nach den §§ 1, 58 Absatz 1 oder 2 oder § 64 des Pflegeberufgesetzes verfügen. Die Pflege durch Pflegeeinrichtungen schließt die Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen für die Erbringung von Leistungen nach diesem Buch ein. Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte und anderes Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt, einzubeziehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über vorhandene Konzepte zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen.</p>
	<p style="text-align: center;">§ 7</p>
	<p style="text-align: center;">Aufgaben der Pflegekassen</p>
	<p>(1) Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 7e, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Die Pflegekassen bilden zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften. § 94 Absatz 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere über die Pflegebegleitung nach § 7c sicher, dass im Einzelfall häusliche Pflegehilfe, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches anwenden.</p>
	<p style="text-align: center;">§ 7a</p>
	<p style="text-align: center;">Pflege-Cockpit</p>
	<p>(1) Die Pflegekassen gewährleisten eine transparente Information der Versicherten. Sie eröffnen für jede bei ihnen versicherte pflegebedürftige Person jeweils einen einheitlichen digitalen Zugang zu allgemeinen und individuellen Informationen zur Pflegeversicherung, zur Organisation der Pflege und zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen sowie zur Kommunikation zwischen Pflegekasse und Versicherten (Pflege-Cockpit). Die Pflegebedürftigen und die von ihnen durch Erklärung gegenüber der Pflegekasse bevollmächtigten Personen erhalten über diesen digitalen Zugang mindestens,</p>
	<p>1. kurze und einfach nachvollziehbare Informationen zu den Angeboten und Leistungen der Pflegeversicherung,</p>

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	10. spezifische Informationen zur Pflege, zu Austausch- und Schulungsmöglichkeiten sowie zu Selbsthilfe- und Unterstützungsangeboten, sofern die Pflegebedürftigen zu einer besonderen Zielgruppe gehören.
	Die Darstellung der Inhalte erfolgt in einer für die Versicherten einfach verständlichen Form und Sprache und in einer für sie wahrnehmbaren Form. Bei der Entwicklung der Darstellung der Inhalte und von Funktionen des Pflege-Cockpits wird die Sicht von Nutzerinnen und Nutzern systematisch eingebunden und auf eine für diese leicht verständliche Nutzbarkeit geachtet. Bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits wird in der Konzeption zudem ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte mitgedacht. Die geltenden Anforderungen an den Datenschutz sind zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zu gewährleisten.
	(2) Die Pflegekassen sollen ihren Versicherten zudem bereits vor Feststellung einer Pflegebedürftigkeit einen digitalen Zugang zu Informationen insbesondere zu Präventionsmöglichkeiten und -angeboten und zu allgemeinen Informationen zur Pflegeversicherung sowie zu den Voraussetzungen der Stellung eines Antrags auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stellen.
	(3) Die Pflegekassen haben ihren Versicherten den digitalen Zugang zu den Informationen und Funktionen des Pflege-Cockpits gemäß Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 7 spätestens bis zum 1. Juli 2028 zu eröffnen. Die weiteren Funktionen sind spätestens bis zum 1. Januar 2030 bereitzustellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die Einführung des Pflege-Cockpits und legt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Dezember 2030 einen Evaluationsbericht vor; er kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen.

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 7	§ 7b
Aufklärung, Auskunft	Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen
(1) [...]	(1) unverändert
<p>(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu informieren und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch besteht auf die Übermittlung</p>	<p>(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu informieren, individuell zu beraten und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch besteht auf die Übermittlung</p>
<p>1. des Gutachtens des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie</p>	<p>1. des Gutachtens des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie</p>
<p>2. der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18c Absatz 4.</p>	<p>2. der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18c Absatz 4.</p>
<p>Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Die zuständige Pflegekasse informiert die Versicherten unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche <i>Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c</i> sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten, und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetseite.</p>	<p>Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Die zuständige Pflegekasse informiert die Versicherten unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegebegleitung nach § 7c, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7e sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten, und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetseite.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(3) Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen. Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.</p>	<p>(3) Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 3 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen. Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
(4) [...]	(4) unverändert
§ 7a	§ 7c
Pflegeberatung	Pflegebegleitung
<p>(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung); Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,</p>	<p>(1) Ab dem 1. Januar 2028 haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und ihre pflegenden An- und Zugehörigen Anspruch auf präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung in der Pflege (Pflegebegleitung). Ziel der Pflegebegleitung ist, die gesundheitliche und pflegerische Situation der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern, ihre Selbständigkeit zu erhalten, pflegende An- und Zugehörige zu unterstützen und zu entlasten sowie die häusliche Pflegesituation durch ein stabiles Versorgungsarrangement nachhaltig aufrechtzuerhalten.</p>
<p>1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,</p>	
<p>2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,</p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>3. <i>auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2,</i></p>	
<p>4. <i>die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,</i></p>	
<p>5. <i>bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie</i></p>	
<p>6. <i>über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.</i></p>	
<p><i>Der Versorgungsplan wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 3 Nummer 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den Ansprechstellen der Rehabilitationsträger nach § 12 Absatz 1 Satz 3 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 7c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>(2) Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden und in diesem Rahmen mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen, bei denen im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Bei der Durchführung der Beratung als Videokonferenz gelten die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden. Für digitale Angebote sowie andere digitale Anwendungen nach dieser Vorschrift gelten die Anforderungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratungen für den Datenschutz und die Datensicherheit bestimmt hat. Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet. Erfolgt die individuelle Beratung nach Absatz 1 Satz 1 mittels barrierefreier digitaler Anwendungen, bleibt der Anspruch der Versicherten auf eine Beratung nach Satz 2 unberührt.</i></p>	<p>(2) Die Aufgaben der Pflegebegleitung sind insbesondere:</p>
	<p>1. den Unterstützungsbedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu erkennen, zu ermitteln und festzuhalten,</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	2. ein stabiles Versorgungsarrangement unter Einbeziehung der Angehörigen, der Zugehörigen und des Umfelds sowie unter Berücksichtigung der im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu gestalten und dessen Umsetzung zu begleiten,
	3. Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen im Pflegealltag zu begleiten, individuell fachlich anzuleiten und Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege zu vermitteln,
	4. bei der Umsetzung insbesondere der Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen, die im Rahmen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ausgesprochen wurden, zu unterstützen,
	5. bei der Umsetzung von Maßnahmen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung empfohlen wurden, zu unterstützen,
	6. Pflegebedürftige zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln zu beraten und bei der Beantragung zu unterstützen,
	7. die Situation der pflegenden An- und Zugehörigen systematisch mit einzubeziehen, vom Medizinischen Dienst gegebene Empfehlungen zu berücksichtigen und im Bedarfsfall konkrete Entlastungsmöglichkeiten aufzuzeigen und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen,
	8. Pflegebedürftige in pflegerischen Akutsituationen nach § 39 Absatz 2 zu unterstützen, bei Bedarf weitere Hilfen zu organisieren und Einschätzungen nach § 39a Absatz 3 Satz 2 und § 42 Absatz 4 abzugeben.

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
	Für die nähere Ausgestaltung der Inhalte, das Verfahren und die Durchführung der Pflegebegleitung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich.
<i>(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater 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.</i>	(3) Die Pflegekasse hat der pflegebedürftigen Person unmittelbar nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Termin für eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung anzubieten. Die Pflegebegleitperson und die pflegebedürftige Person vereinbaren weitere Termine, wenn dies aus pflegefachlicher Sicht angezeigt und die pflegebedürftige Person einverstanden ist. Alle Termine können auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person auch telefonisch oder durch barrierefreie digitale Anwendungen erfolgen. Bei der Durchführung der Beratung als Videokonferenz gelten die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden.

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zu treffen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen können zur Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen; § 94 Absatz 1 Nummer 8 gilt entsprechend. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.</p>	<p>(4) Unabhängig von Absatz 3 können sich Pflegebedürftige und ihre pflegenden An- und Zugehörigen mit Begleitungs- oder Unterstützungsbedarf an die Pflegebegleitperson wenden; gleiches gilt in pflegerischen Akutsituationen nach § 39 Absatz 2.</p>
<p>(5) Zur Durchführung der Pflegeberatung können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen. Dies setzt eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen voraus. Soweit Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen, können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen treffen.</p>	<p>(5) Pflegebedürftige mit besonderem Unterstützungsbedarf zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung werden durch die Pflegekasse mit einem Fallmanagement durch eine Pflegebegleitperson organisierend und koordinierend unterstützt, sofern die pflegebedürftige Person ihr Einverständnis gegenüber der Pflegekasse erklärt hat. Im Rahmen des Fallmanagements wird eine strukturierte, fallbezogene Methode zur bedarfsgerechten Steuerung komplexer Pflegehilfesituationen eingesetzt. Die Aufgabe der Pflegebegleitpersonen ist dabei insbesondere die Unterstützung:</p>
	<p>1. bei der rechtskreisübergreifenden Beantragung von in Betracht kommenden Sozialleistungen sowie der Suche nach und der Inanspruchnahme von passenden Angeboten,</p>

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(6) <i>Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere</i></p>	<p>(6) Pflegebedürftige, die das Entlastungsbudget nach § 37 Absatz 1 beziehen, haben einmal jährlich eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung abzurufen. Diese dient auch der Feststellung, dass die Versorgung der pflegebedürftigen Person sichergestellt ist. Die Pflegebegleitperson hat die Durchführung der Pflegebegleitung gegenüber der Pflegekasse zu bestätigen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch gegenüber der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Rufen Pflegebedürftige die Pflegebegleitung nicht ab, hat die Pflegekasse das Entlastungsbudget angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen. Stellt die Pflegebegleitperson fest, dass die Versorgung nicht sichergestellt ist, hat sie geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation vorzuschlagen, auf deren Durchführung hinzuwirken und einen verpflichtenden Folgetermin in der häuslichen Umgebung zu vereinbaren. Stellt die Pflegebegleitperson bei diesem Folgetermin fest, dass die Versorgung der pflegebedürftigen Person weiterhin nicht sichergestellt ist, hat sie die Pflegekasse entsprechend zu informieren. Die Pflegekasse hat sodann ein Fallmanagement nach Absatz 5 anzubieten. Nimmt die pflegebedürftige Person das angebotene Fallmanagement nicht in Anspruch, kann die Pflegekasse das Entlastungsbudget entziehen. Gleiches gilt, wenn die pflegebedürftige Person den Folgetermin nach Satz 5 nicht zeitnah wahrnimmt.</p>
<p>1. <i>nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,</i></p>	
<p>2. <i>Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,</i></p>	
<p>3. <i>Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie	
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende,	
<i>dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung nur verarbeiten, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.</i>	
<i>(7) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene anzuhören, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind. Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe auf dessen Verlangen eine ergänzende Vereinbarung zu den Verträgen nach Satz 1 über die Zusammenarbeit in der örtlichen Beratung im Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe.</i>	(7) Für die Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements erforderliche Datenverarbeitungen dürfen nur mit Einverständnis der pflegebedürftigen Person erfolgen. Ist die Pflege nach Absatz 5 Satz 4 oder Absatz 6 Satz 6 nicht sichergestellt, darf die Pflegekasse die erforderlichen Daten auch ohne das Einverständnis verarbeiten.

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<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>	<p>(8) Die Absätze 1 bis 7 gelten für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.</p>
<p>(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor über</p>	
<p>1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach den Absätzen 1 bis 4, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und</p>	
<p>2. die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8.</p>	
<p>Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.</p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<i>§ 7b</i>	<i>§ 7d</i>
Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine	Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung
<p><i>(1) Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41, 42b, 43, 44a, 45, 45f bis 45h, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder</i></p>	<p>(1) Die Pflegekassen stellen vorbehaltlich der Absätze 4 und 5 die Pflegebegleitung nach § 7c sicher. Sie arbeiten dabei entsprechend § 7 mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und fördern, insbesondere durch die Integration in Pflegestützpunkte, regionale Vernetzungsstrukturen. Sie treffen hierfür Vereinbarungen zur bundesweiten und kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegebegleitung; hierzu gehört, dass sie einen Verantwortlichen für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt benennen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Die Pflegekassen können die Pflegebegleitung auch ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.</p>
<p><i>1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder</i></p>	
<p><i>2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären. Die Beratung richtet sich nach § 7a. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären. Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach § 40 Absatz 2, den §§ 39 sowie 42 jeweils in Verbindung mit § 42a, nach § 45a Absatz 4 und § 45b.</i></p>	
<p><i>(2) Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach § 7a einhalten. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen, die insbesondere Regelungen treffen für</i></p>	<p>(2) Die Pflegekassen setzen für die Aufgaben nach § 7c entsprechend qualifizierte Pflegebegleitpersonen ein. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 3 genannten Parteien bis zum 30. Juni 2027 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegebegleitpersonen ab.</p>
<p><i>1. die Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen,</i></p>	
<p><i>2. die Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen, und</i></p>	
<p><i>3. die Vergütung.</i></p>	
<p><i>(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen</i></p>	
<p><i>1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder</i></p>	
<p><i>2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. Für die Verarbeitung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.</i></p>	
<p>(3) Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dürfen personenbezogene Daten nur verarbeiten, soweit dies für Zwecke der Beratung nach § 7a erforderlich ist und der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter eingewilligt hat. Zudem ist der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter zu Beginn der Beratung darauf hinzuweisen, dass die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.</p>	<p>(3) Die Pflegekassen stellen zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach § 7c für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt jährlich finanzielle Mittel bereit. Diese Mittel berechnen sich anhand von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege, die bei der Pflegekasse versichert ist, mit Wohnsitz in dem jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt. Die Mittel je Kreis oder kreisfreier Stadt setzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Fall der Übernahme nach Absatz 4 oder 5 jährlich in Richtlinien fest. Die Pflegekassen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die hierfür erforderlichen Daten jährlich bis spätestens zum 30. Juni zur Verfügung. Die Mittel dienen</p>
	<p>1. der Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements,</p>
	<p>2. der Schulung und Qualifizierung der Pflegebegleitpersonen.</p>
	<p>Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der finanziellen Mittel aus dem Ausgleichsfonds nach § 65 regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(4) <i>Die Absätze 1 bis 3 gelten für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.</i></p>	<p>(4) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe können auf Grund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur gemeinsamen und vollständigen Übernahme der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 1 durch Pflegestützpunkte nach § 7e verlangen. Die Übernahme bezieht sich auf das Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe oder der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe. Übernehmen die in Satz 1 Genannten die Pflegebegleitung im Rahmen der Pflegestützpunkte, gelten die Absätze 1 bis 3, § 7c Absatz 2 bis 7 sowie die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a entsprechend.</p>
	<p>(5) Wird die Pflegebegleitung nicht nach Absatz 4 durch Pflegestützpunkte erbracht, können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Pflegebegleitung auf Grund landesrechtlicher Vorschriften übernehmen. Die Übernahme bezieht sich auf das Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe oder der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe. Mehrere Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe können auch gemeinschaftlich und gebietsübergreifend die Pflegebegleitung übernehmen. Übernehmen die in Satz 1 Genannten die Pflegebegleitung, gelten die Absätze 1 bis 3, § 7c Absatz 2 bis 7 sowie die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a entsprechend.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(6) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe haben die Übernahme der Pflegebegleitung nach Absatz 4 oder 5 bis zum 31. Mai 2027 gegenüber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen anzuzeigen.</p>
	<p>(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit zum 1. Januar 2032 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Strukturen, die Durchführung, die Ergebnisse und die Wirkungen der Pflegebegleitung sowie des Fallmanagements vor. Er kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen.</p>
§ 7c	§ 7e
Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung	Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung
(1) – (1a) [...]	(1) – (1a) unverändert
	<p>(1b) Bestimmen die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe auf Grund landesrechtlicher Vorschriften, dass die Pflegebegleitung nach § 7c durch den Pflegestützpunkt durchgeführt wird, so bedarf es der Anpassung der erforderlichen Verträge innerhalb von sechs Monaten nach der Anzeige nach § 7d Absatz 6.</p>
(2) Aufgaben der Pflegestützpunkte sind	(2) Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote <i>einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a</i> in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a,</p>	<p>1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote sowie die Pflegebegleitung nach § 7c in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a bei Übernahme nach § 7d Absatz 4,</p>
<p>2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,</p>	<p>2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,</p>
<p>3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.</p>	<p>3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.</p>
<p>Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die</p>	<p>Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die</p>
<p>1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch,</p>	<p>1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch,</p>
<p>2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,</p>	<p>2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,</p>
<p>3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung</p>	<p>3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung</p>
<p>an den Pflegestützpunkten beteiligen. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger</p>	<p>an den Pflegestützpunkten beteiligen. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger</p>
<p>1. sollen Pflegefachpersonen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,</p>	<p>1. sollen Pflegefachpersonen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,	2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,
3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und insbesondere Selbsthilfe stärkender und generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,	3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und insbesondere Selbsthilfe stärkender und generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,
4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,	4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,
5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.	5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.
(3) – (5) [...]	(3) – (5) u n v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(6) Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind beim Abschluss der Rahmenverträge zu berücksichtigen. In den Rahmenverträgen nach Satz 1 sind die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten sowie die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem <i>Bundesversicherungsamt</i> zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden. Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist.</p>	<p>(6) Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind beim Abschluss der Rahmenverträge zu berücksichtigen. In den Rahmenverträgen nach Satz 1 sind die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten sowie die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesamt für Soziale Sicherung zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden. Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist.</p>
(7) – (9) [...]	(7) – (9) u n v e r ä n d e r t
§ 8	§ 8
Gemeinsame Verantwortung	Gemeinsame Verantwortung
(1) – (2) [...]	(1) – (2) u n v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Abs. 2 Satz 2 abgewichen werden. Mehrbelastungen der Pflegeversicherung, die dadurch entstehen, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, durch Einbeziehung in ein Modellvorhaben höhere Leistungen als das Pflegegeld erhalten, sind in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einzubeziehen. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen; dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen. Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. § 45c Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.</p>	<p>(3) Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ab der 22. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages einmal in jeder Wahlperiode des Deutschen Bundestages über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Der Bericht umfasst zukünftig auch Angaben zur Entwicklung</p>
	<p>1. der Einkommenssituation der Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung,</p>

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>(3a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 3 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Bei Modellvorhaben, die den Einsatz von zusätzlichem Personal in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung erfordern, können die dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung der Modellvorhaben nicht belastet werden. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht werden, können sie in das folgende Haushaltsjahr oder unter entsprechender Erhöhung des zur Verfügung stehenden Betrages auf die Mittel nach Absatz 3b Satz 5 für den Bereitstellungszeitraum nach Absatz 3b Satz 5 übertragen werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Über die Auswertung der Modellvorhaben ist von unabhängigen Sachverständigen ein Bericht zu erstellen. Der Bericht ist zu veröffentlichen. § 45c Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.</i></p>	<p>entfällt</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>(3b) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c Satz 1 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, und die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung sicher. Das Bundesministerium für Gesundheit setzt dazu ein Begleitgremium ein. Aufgabe des Begleitgremiums ist es, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei der Umsetzung des Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie bei der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung fachlich zu beraten und zu unterstützen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie nach Anhörung des Begleitgremiums Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen werden zur Finanzierung der Maßnahmen nach Satz 1 in den Jahren 2021 bis 2026 bis zu 12 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der Einsatz von zusätzlichem Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen und die dadurch entstehenden Personalkosten bei der Teilnahme an Modellprojekten nach Satz 1 sollen in das Fördervolumen nach Satz 5 einbezogen werden. Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1 nicht belastet werden.</i></p>	<p>entfällt</p>

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>(4) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 und 4a sicherzustellen. Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. als Mitglied im Qualitätsausschuss nach § 113b vertreten ist, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen nach Satz 1. Der Finanzierungsanteil nach Satz 3, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.</i></p>	<p>(4) Die Pflegekassen stellen ihnen zur Verfügung stehende nicht personenbezogene Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereit. Dabei sind auch relevante nicht personenbezogene Daten der Krankenkassen sowie die Informationen nach § 73a Absatz 3 zu berücksichtigen. Die Aufgabe nach Satz 1 kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet zur Aufgabenerfüllung nach Satz 1 bis 3 bis zum 31. Oktober 2028 eine digitale Datenplattform. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung der 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 1. Oktober 2026 vorzulegen. Die Finanzierung der digitalen Datenplattform nach Satz 4 erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>(5) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.</i></p>	entfällt
<p><i>(5a) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c Absatz 6 sicherzustellen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.</i></p>	entfällt
<p><i>(6) (weggefallen)</i></p>	entfällt
<p><i>(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Die Maßnahmen nach Satz 1 werden in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert. Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichsfonds verringert. 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</i></p>	entfällt

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
1. <i>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,</i>	
2. <i>Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal,</i>	
3. <i>Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitgestaltung und Dienstplangestaltung, einschließlich Maßnahmen im Zusammenhang mit lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen, Personalpools sowie weiteren betrieblichen Ausfallkonzepten,</i>	
4. <i>Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten,</i>	
5. <i>Maßnahmen zur personenzentrierten und kompetenzorientierten Personalentwicklung unter Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen, einschließlich der Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten, der Personalqualifizierung und der Führung,</i>	
6. <i>Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit Kunden,</i>	
7. <i>Maßnahmen zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur sowie</i>	
8. <i>Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland.</i>	
<p><i>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:</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>1. <i>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;</i></p>	
<p>2. <i>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.</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Die in den Sätzen 1 und 2 genannten Beträge sollen unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 6 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtförder summe noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, erstmals bis zum 31. März 2019, Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 14 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.</i></p>	

(8) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. Oktober 2023 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 8 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

entfällt

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>(9) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 jeweils ergeben. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. § 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.</i></p>	<p>entfällt</p>
<p><i>(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach den Absätzen 6 bis 8 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 9 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung.</i></p>	<p>entfällt</p>

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
§ 8a	§ 8a
Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung	Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung
<p>(1) Für jedes Land oder für Teile des Landes wird zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. <i>Der Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben.</i> Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Landespflegeausschüssen zu bestimmen; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen.</p>	<p>(1) Für jedes Land oder für Teile des Landes wird zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. Der Ausschuss soll zur Umsetzung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, einvernehmlich Empfehlungen abgeben. Der Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Landespflegeausschüssen zu bestimmen; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen.</p>
(2) – (3) [...]	(2) – (3) un verändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(4) Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 und 3 vertretenen Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den jeweiligen Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere darüber, inwieweit diese Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften bei der Erfüllung der ihnen nach diesem und dem Fünften Buch übertragenen Aufgaben berücksichtigt wurden.</p>	<p>(4) Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 und 3 vertretenen Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit. Soweit landesrechtlich geregelt, sind dabei Indikatoren für eine Feststellung von Unterversorgung auf auf Ebene der Landkreise oder der kreisfreien Städte als Grundlage einer Pflegestrukturplanungsempfehlung unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung (§ 4), der gemeinsamen Verantwortung (§ 8 Absatz 1 und 2), der Aufgaben der Länder (§ 9) sowie der Aufgaben und des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§§ 7 und 69) zu bestimmen. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den jeweiligen Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere darüber, inwieweit diese Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften bei der Erfüllung der ihnen nach diesem und dem Fünften Buch übertragenen Aufgaben berücksichtigt wurden.</p>
	<p>(4a) Durch Landesrecht können nähere Bestimmungen getroffen werden, welche Maßnahmen im Rahmen der Zuständigkeit der Länder und mit welcher Frist geeignet sind, eine aufgrund der Indikatoren der Pflegestrukturplanungsempfehlung festgestellte Unterversorgung zu beheben. Dabei sind die Erkenntnisse der Pflegekassen nach § 69 Absatz 2 Satz 1 und aus den Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 zu berücksichtigen.</p>
<p>(5) [...]</p>	<p>(5) unverändert</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 9	§ 9
Aufgaben der Länder	Aufgaben der Länder
<p>Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Die Länder können bestimmen, ob eine kommunale 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 <i>und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte</i> 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. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.</p>	<p>(1) Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Die Länder können bestimmen, ob eine kommunale 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 finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder eine finanzielle Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen als Förderung gilt. Die nach Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen kann sich auch an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientieren. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.</p>
	<p>(2) Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 10	§ 10
Berichtspflichten des Bundes und der Länder	Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege
<p>(1) Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ab 2029 im Abstand von vier Jahren über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.</p>	<p>(1) Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet und hat insbesondere folgende Aufgaben:</p>
	<p>1. regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege anhand eines zu entwickelnden interprofessionell anschlussfähigen Modells zur Ermittlung des Reifegrades der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Digitalisierung, einschließlich der Aufgaben gemäß § 113e Absatz 5,</p>
	<p>2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege, unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 78a,</p>
	<p>3. Entwicklung eines standardisierten Nutznachweises digitaler Anwendungen, der für alle Rechtskreise, in denen die pflegerische Versorgung stattfindet, angewendet werden kann,</p>
	<p>4. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegende und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen und</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	5. Unterstützung der Leistungserbringer der Pflege beim Anschluss an die Telematikinfrasturktur und beim Betrieb von pflegespezifischen Anwendungen in der Telematikinfrasturktur in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik.

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

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	Für die Förderung gilt § 11 Absatz 1 Satz 4, 7 und 11 entsprechend.
	(3) Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.
	(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige. Begleitung und Auswertung erfolgen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Arbeit des Kompetenzzentrums. Die unabhängigen Sachverständigen haben Berichte über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, ab dann alle zwei Jahre, einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(5) Die Arbeit des Kompetenzzentrums wird durch einen Beirat begleitet. Die Einrichtung erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflege- und Krankenkassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, des Deutschen Pflegerates, der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt, des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege.</p>
	<p>(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 11	§ 11
<i>Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen</i>	Förderung von Innovation und Digitalisierung

(1) Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. 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 Pflegeberufgesetzes oder § 64 des Pflegeberufgesetzes verfügen. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>(1a) Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte und anderes Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt, einzubeziehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über vorhandene Konzepte zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen.</i></p>	<p>entfällt</p>
<p><i>(2) Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen. Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.</i></p>	<p>(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 mit 10 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben für eine Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren (Pflegenottelefon). Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sollen insbesondere die intersektorale Vernetzung mit bestehenden telefonischen und digitalen Angeboten des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b des Fünften Buchs und der Notfallversorgung oder anderer komplementärer Dienste sicherstellen. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu veranlassen.</p>

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

(3) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften und zum sachgerechten Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2027 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 8 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.</p>
	<p>(4) Zur Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung des Pflegepersonals wird aus Finanzmitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität ein Förderprogramm für die Digitalisierung ambulanter und teilstationärer Pflegeeinrichtungen eingerichtet. Das Förderprogramm dient der Finanzierung von Investitionen insbesondere in sichere und interoperable digitale Infrastruktur, digitale Pflegeanwendungen und die Qualifizierung des Personals im Umgang mit digitalen Technologien. Die Mittel in Höhe von 1,6 Milliarden Euro werden aus dem Sondervermögen zum 30. Juni 2027 an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung übertragen. Die Mittelvergabe an die Pflegeeinrichtungen beginnt ab dem 1. Juli 2027 und erfolgt in den Jahren 2027 bis 2031. Sie erfolgt nach Maßgabe der verfügbaren Haushaltsmittel und unter Beachtung der Bedingungen des Bundesministeriums der Finanzen für die Nutzung des Sondervermögens. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.</p>
	<p>(5) Die Förderung nach Absatz 4 kann von zugelassenen ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen bei der für die Auszahlung zuständigen Pflegekasse beantragt werden. Förderfähige Maßnahmen der Digitalisierung in der Pflege sind insbesondere:</p>
	<p>1. die Anschaffung und Implementierung digitaler Pflege- und Dokumentationssysteme,</p>
	<p>2. die Einführung von Assistenzsystemen zur Entlastung des Pflegepersonals,</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>3. die Schaffung von IT-Infrastruktur, insbesondere sichere Netzwerke und Endgeräte,</p>
	<p>4. die Qualifizierung des Personals im sicheren Umgang mit digitalen Technologien,</p>
	<p>5. die Entwicklung und Einführung von interoperablen Schnittstellen für die interprofessionelle Zusammenarbeit und</p>
	<p>6. Maßnahmen zur Erhöhung der IT-Sicherheit.</p>
	<p>(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2027 Richtlinien über das Nähere zu den Voraussetzungen, der Höhe der Förderung pro Pflegeeinrichtung und zu dem Verfahren der Gewährung des Förderbetrags nach den Absätzen 4 und 5 unter Berücksichtigung der Maßnahmen nach § 10 Absatz 1 Nummer 1. Hierbei ist auch jeweils eine für die Auszahlung zuständige Pflegekasse zu bestimmen. Dabei sind die Voraussetzungen zur Investitionsförderung aus dem Sondervermögen zu beachten, einschließlich des Nachweises der Wirtschaftlichkeit und der Nachhaltigkeit der geplanten Investitionen sowie der Anforderungen an die Evaluation der Investitionswirkung, der Art und Weise der Beteiligung der Einrichtungen an der Evaluation und den Folgen bei Nichtteilnahme an der Evaluation. Die Richtlinien regeln darüber hinaus, dass die Empfänger der Fördermittel verpflichtet sind, die Verwendung der Mittel gegenüber der zuständigen Pflegekasse nachzuweisen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sowie Mittel bei Nichtteilnahme an der Evaluation sind von den Pflegekassen zurückzufordern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über den Stand der Mittelverwendung.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(7) Die Richtlinien nach Absatz 6 bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.</p>
	<p>(8) § 12 Absatz 5 und 6 gilt für die Förderung nach Absatz 3 entsprechend.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 12	§ 12
<i>Aufgaben der Pflegekassen</i>	Förderung guter Versorgung

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

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	betreffenden Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
<p><i>(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 1. Oktober 2026 vorzulegen.</i></p>	<p>(2) Bei Modellvorhaben nach Absatz 1 sowie nach § 11 Absatz 1, die die Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen zum Gegenstand haben und bei denen die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung durch eine staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule oder eine wissenschaftliche Organisation, die nach vergleichbaren wissenschaftlichen Standards arbeitet, durchgeführt wird, können die Kooperationsaufwendungen für die Pflegeeinrichtungen sowie die Personalaufwendungen für qualifizierte Pflegefachpersonen, die für die Zwecke der Erprobung in der Pflegeeinrichtung als Bindeglied zwischen Hochschule und Pflegeeinrichtung fungieren, Wissen vermitteln, Bildungsangebote gestalten und Forschungsaktivitäten unterstützen, in das vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden. Bestehende Finanzierungszuständigkeiten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung bleiben dabei bestehen; Doppelfinanzierungen sind ausgeschlossen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Anforderungen an Modellvorhaben, die sich für den Einsatz von Pflegefachpersonen nach Satz 1 eignen, sowie die Anforderungen an qualifizierte Pflegefachpersonen und die beteiligten Pflegeeinrichtungen fest. Soweit Pflegeeinrichtungen mit Verträgen nach § 75a innovative Konzepte in der pflegerischen Versorgung außerhalb von Modellvorhaben nach Absatz 1 oder nach § 11 Absatz 1 praktisch erproben, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.</p>

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

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(4) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Die Maßnahmen nach Satz 1 werden in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert; ab dem 1. Januar 2027 können sie auch mit dem Ziel erfolgen, rehabilitative Aspekte der pflegerischen Versorgung zu stärken, die über die aktivierende Pflege hinausgehen. Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichsfonds sowie im Umfang von fünf Millionen Euro pro Kalenderjahr für Fördermaßnahmen nach § 11 Absatz 1 verringert; soweit diese Mittel in einem Kalenderjahr nicht für Fördermaßnahmen nach § 11 Absatz 1 beansprucht worden sind, erhöhen diese im Folgejahr die Mittel für die Förderung nach diesem Absatz. Förderfähig sind alle Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, insbesondere für ihre in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern oder rehabilitative Aspekte der pflegerischen Versorgung zu stärken; dazu gehören insbesondere</p>
	<p>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,</p>
	<p>2. Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal,</p>

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

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

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(5) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 4 ergeben. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. § 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.</p>
	<p>(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach Absatz 4 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 5 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung.</p>
§ 13	§ 13
Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen	Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen
(1) – (4a) [...]	(1) – (4a) unverändert

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
(4b) Die Regelungen nach Absatz 3 Satz 3, Absatz 4 und 4a werden bis zum 1. Juli 2019 evaluiert.	entfällt
(5) [...]	(5) unverändert
(6) Wird Pflegegeld nach § 37 oder eine vergleichbare Geldleistung an eine Pflegeperson (§ 19) weitergeleitet, bleibt dies bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und Unterhaltsverpflichtungen der Pflegeperson unberücksichtigt. Dies gilt nicht	(6) Wird das Entlastungsbudget nach § 37 oder eine vergleichbare Geldleistung an eine Pflegeperson (§ 19) weitergeleitet, bleibt dies bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und Unterhaltsverpflichtungen der Pflegeperson unberücksichtigt. Dies gilt nicht
1. in den Fällen des § 1361 Abs. 3, der §§ 1579, 1603 Abs. 2 und des § 1611 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,	unverändert
2. für Unterhaltsansprüche der Pflegeperson, wenn von dieser erwartet werden kann, ihren Unterhaltsbedarf ganz oder teilweise durch eigene Einkünfte zu decken und der Pflegebedürftige mit dem Unterhaltspflichtigen nicht in gerader Linie verwandt ist.	unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Zweites Kapitel	Zweites Kapitel
Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten, Begriff der Pflegeperson	Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten, Begriff der Pflegeperson
§ 14	§ 14
Begriff der Pflegebedürftigkeit	Begriff der Pflegebedürftigkeit
<p>(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, <i>voraussichtlich</i> für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.</p>	<p>(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, mit hoher Wahrscheinlichkeit für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen. In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 werden die Anforderungen an die Wahrscheinlichkeitsprognose und die dazu erforderlichen Ausführungen im Gutachten nach § 18b näher konkretisiert.</p>
(2) – (3) [...]	(2) – (3) unverändert
§ 15	§ 15
Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument	Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument
(1) – (2) [...]	(1) unverändert

Geltendes Recht	Pflegerneuerungsgesetz
<p>(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:</p>	<p>(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:</p>
<p>1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,</p>	<p>1. ab 15 bis unter 30 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,</p>
<p>2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,</p>	<p>2. ab 30 bis unter 50 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,</p>
<p>3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,</p>	<p>3. ab 50 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,</p>
<p>4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,</p>	<p>4. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.</p>	<p>5. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(4) – (6) [...]</p>	<p>(4) – (6) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:</p>	<p>(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:</p>
<p>1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,</p>	<p>1. ab 15 bis unter 30 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,</p>

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,	2. ab 30 bis unter 50 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,	3. ab 50 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.	4. u n v e r ä n d e r t
(8) Der Spitzenverband 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:	(8) Der Spitzenverband 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,	1. u n v e r ä n d e r t
2. eine auf wissenschaftlicher Grundlage durchzuführende Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von	2. u n v e r ä n d e r t
a) medizinisch-pflegerischen Aspekten,	
b) demographischen Faktoren und	
c) sozioökonomischen Einflüssen.	
Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann für die Erstellung des Berichts Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.	Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann für die Erstellung des Berichts Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen.

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 17	§ 17
Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen	Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen
<p>(1) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 18 bis 18c (Begutachtungs-Richtlinien). Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe 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 maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. § 118 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Wird schriftlichen Anliegen der in Satz 5 genannten Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.</p>	<p>(1) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 18 bis 18c (Begutachtungs-Richtlinien). Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe 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 maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. § 118 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Wird schriftlichen Anliegen der in Satz 5 genannten Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen. Bei erforderlichen werdenden Anpassungen der Richtlinien ist jeweils auch zu prüfen, inwieweit nach neuen pflegefachlichen oder medizinischen Erkenntnissen das Begutachtungsverfahren weiterentwickelt und von übermäßigen Aufwänden, wie beispielsweise bei Dokumentationspflichten, entlastet werden kann. Die Vorschläge des Expertenbeirates nach § 18f sind bei jeder Anpassung zu berücksichtigen.</p>

(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund Richtlinien zur einheitlichen *Durchführung der Pflegeberatung* nach § 7a (*Pflegeberatungs-Richtlinien*). An den *Pflegeberatungs-Richtlinien* sind die Länder, der Verband der *Privaten* Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf *Bundesebene*, die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihren Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. *Darüber hinaus ergänzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der Länder bis zum 31. Juli 2020 die Pflegeberatungs-Richtlinien um Regelungen für eine einheitliche Struktur eines elektronischen Versorgungsplans nach § 7a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und für dessen elektronischen Austausch sowohl mit der Pflegekasse als auch mit den beteiligten Ärzten und Ärztinnen und Pflegeeinrichtungen sowie mit den Beratungsstellen der Kommunen sowie bis zum 31. Dezember 2021 um Regelungen zur Nutzung von digitalen Anwendungen nach § 7a Absatz 2 einschließlich der Festlegungen über technische Verfahren und der Bestimmung von digitalen Anwendungen zur Durchführung der Beratungen.* Die *Pflegeberatungs-Richtlinien* sind für die *Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c* unmittelbar verbindlich. *Die Festlegungen über technische Verfahren nach Satz 4 sind im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen.*

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
(1b) – (2) [...]	(1b) – (2) un verändert
§ 18	§ 18
Beauftragung der Begutachtung	Beauftragung der Begutachtung
<p>(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung, ob bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Sie übermitteln die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst oder an die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter. Die Übermittlung eines Auftrags hat innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich 30. November 2023 zulässig. <i>Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens zum 31. Oktober 2023, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.</i></p>	<p>(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung, ob bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Sie übermitteln die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst oder an die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter. Die Übermittlung eines Auftrags hat innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich 30. November 2023 zulässig. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind und in welchen geeigneten Fällen, auf welche Weise und durch welche Stelle bundeseinheitlich vor der Durchführung der Begutachtung im Wege einer Evidenzkontrolle der tatsächliche Bedarf einer Begutachtung beim Antragsteller zu erfragen ist. Hierbei ist der Antragsteller zu den Erfolgsaussichten seines Antrags zu beraten und ihm die Gelegenheit zu geben, seinen Antrag zurückzunehmen. Wird der Antrag zurückgenommen, hat die Begutachtung zu unterbleiben.</p>
(2) – (4) [...]	(2) – (3) un verändert
§ 18a	§ 18a
Begutachtungsverfahren	Begutachtungsverfahren
(1) [...]	(1) un verändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(2) Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn</p>	<p>(2) Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches; der Versicherte ist vom Medizinischen Dienst frühzeitig über die möglichen Folgen seiner fehlenden Mitwirkung zu informieren. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn</p>
<p>1. auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort des Versicherten, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt.</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>Eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 setzt voraus, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens 31. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1.</p>	<p>Eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 setzt voraus, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens 31. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(3) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Beide Bereiche werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt; § 14 Absatz 3 bleibt unberührt. Mit den Feststellungen nach Satz 1 sollen eine umfassende Beratung und das <i>Erstellen eines individuellen Versorgungsplans</i> nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Bei der Feststellung nach Satz 1 ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:</p>	<p>(3) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Beide Bereiche werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt; § 14 Absatz 3 bleibt unberührt. Mit den Feststellungen nach Satz 1 sollen eine umfassende Beratung und das Gestalten eines stabilen Versorgungsarrangements nach § 7c, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Bei der Feststellung nach Satz 1 ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:</p>
<p>1. in Bezug auf außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereiches der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebots, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. in Bezug auf Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 4 genannten Kriterien für die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 3.</p>	<p>Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 4 genannten Kriterien für die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 3.</p>
(4) – (7) [...]	(4) – (7) u n v e r ä n d e r t
<p>(8) Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das <i>Erstellen</i> eines <i>individuellen Versorgungsplans</i> nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und die Pflegeplanung hinzuweisen. Die Zustimmung des Versicherten nach § 18b Absatz 3 Satz 1 erfolgt gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert. Gleiches gilt spätestens ab 1. November 2023 für die Zustimmung des Versicherten nach § 18c Absatz 3 Satz 3. Über die Möglichkeiten nach § 18c Absatz 4 Satz 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller bei der Begutachtung zu informieren; die Einwilligung ist jeweils schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.</p>	<p>(8) Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Gestalten eines stabilen Versorgungsarrangements nach § 7c, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und die Pflegeplanung hinzuweisen. Die Zustimmung des Versicherten nach § 18b Absatz 3 Satz 1 erfolgt gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert. Gleiches gilt spätestens ab 1. November 2023 für die Zustimmung des Versicherten nach § 18c Absatz 3 Satz 3. Über die Möglichkeiten nach § 18c Absatz 4 Satz 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller bei der Begutachtung zu informieren; die Einwilligung ist jeweils schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.</p>
(9) – (12) [...]	(9) – (12) u n v e r ä n d e r t
§ 18b	§ 18b
Inhalt und Übermittlung des Gutachtens	Inhalt und Übermittlung des Gutachtens
<p>(1) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet</p>	<p>(1) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet</p>
<p>1. die Feststellungen, die in der Begutachtung nach § 18a vorzunehmen sind, insbesondere das Ergebnis der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, <i>sowie</i></p>	<p>1. die Feststellungen, die in der Begutachtung nach § 18a vorzunehmen sind, insbesondere das Ergebnis der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
2. Feststellungen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind; Empfehlungen auszusprechen sind insbesondere zu	2. Feststellungen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind; Empfehlungen auszusprechen sind insbesondere zu
a) Maßnahmen der Prävention,	a) u n v e r ä n d e r t
b) Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,	b) Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, sofern nicht Gründe entgegenstehen, die im Gutachten für den einzelnen Fall gesondert zu erläutern sind,
c) Maßnahmen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung,	c) u n v e r ä n d e r t
d) Maßnahmen zur Heilmittelversorgung,	d) u n v e r ä n d e r t
e) anderen therapeutischen Maßnahmen,	e) u n v e r ä n d e r t
f) Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds,	f) u n v e r ä n d e r t
g) edukativen Maßnahmen und	g) u n v e r ä n d e r t
h) einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches.	h) einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches, sowie
	3. Feststellungen zu den wichtigsten erkennbaren Einschränkungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und den dadurch voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung in einem eigenen Gutachtenabschnitt; Empfehlungen auszusprechen sind zu daraus ableitbaren Beratungs- und gegebenenfalls Handlungsbedarfen der Pflegebegleitung, insbesondere zu

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>a) den ersten Schritten zur Einleitung der pflegerischen Versorgung und erforderlichenfalls eines Fallmanagements zur Deckung besonderer pflegerischer Unterstützungsbedarfe und</p>
	<p>b) der Vermeidung einer Überlastung der im Gutachten genannten Pflegepersonen, sofern diese bei der Begutachtung anwesend waren und bei gezielter Nachfrage eine besondere Belastungssituation beschrieben haben.</p>
<p>Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die gutachterliche Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.</p>	<p>Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die gutachterliche Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.</p>
<p>(2) [...]</p>	<p>(2) u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(3) Die im Gutachten gegebenen konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird das Vorliegen der nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches notwendigen Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 1 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.</p>	<p>(3) Die im Gutachten gegebenen konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird das Vorliegen der nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches notwendigen Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 1 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Ebenso werden in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Inhalte der Feststellungen und Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 konkretisiert; die Richtlinien sind diesbezüglich in regelmäßigen Abständen an neue pflegefachliche Erkenntnisse anzupassen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(4) Das vollständige Gutachten muss vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich der Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden; <i>eine davon abweichende Form der Übermittlung ist noch bis einschließlich 30. November 2023 zulässig.</i></p>	<p>(4) Das vollständige Gutachten muss vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich der Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden. Zur Ermöglichung der Pflegebegleitung werden die dafür erforderlichen Informationen des Gutachtens mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in gesicherter elektronischer Form an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle übermittelt. Die Stelle zur Pflegebegleitung ist dem Medizinischen Dienst sowie dem Pflegebedürftigen vor dessen Einwilligung von der Pflegekasse konkret zu benennen. Auf Verlangen des zuständigen Trägers der Sozialhilfe hat die Übermittlung des Gutachtens in gesicherter elektronischer Form auch an diesen zu erfolgen, soweit dies zur Ermöglichung einer bedarfsgerechten Leistungsgewährung erforderlich ist. § 69 des Zehnten Buches bleibt unberührt.</p>
§ 18c	§ 18c
Entscheidung über den Antrag, Fristen	Entscheidung über den Antrag, Fristen
(1) – (4) [...]	(1) – (4) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf 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. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange 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. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.</p>	<p>(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf 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. Dies gilt nicht, wenn und solange die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange 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. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.</p>
(6) [...]	(6) u n v e r ä n d e r t
	§ 18f

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung</p>
	<p>(1) Beim Medizinischen Dienst Bund wird ein Beirat eingerichtet.</p>
	<p>(2) Der Beirat dient der wissenschaftlich fundierten und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Instrumente und des Verfahrens zur Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises der sozialen Pflegeversicherung. Er wird eigeninitiativ oder aufgrund konkreter Aufgabenzuweisung durch den Medizinischen Dienst Bund oder das Bundesministerium für Gesundheit tätig.</p>
	<p>(3) Der Beirat besteht aus den folgenden sieben Mitgliedern:</p>
	<p>1. fünf Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft,</p>
	<p>2. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen,</p>
	<p>3. eine Vertreterin oder ein Vertreter der Medizinischen Dienste.</p>
	<p>Die Vertreterinnen und Vertreter sollen hinsichtlich der Pflegebegutachtung über besondere sozialrechtliche, pflegewissenschaftliche oder statistische Erfahrungen oder über ausgewiesene einschlägige wissenschaftliche Kenntnisse verfügen.</p>
	<p>(4) Der Beirat hat die Aufgabe,</p>
	<p>1. den Medizinischen Dienst Bund sowie das Bundesministerium für Gesundheit bei der wirkungsvollen Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung zu beraten und entsprechende Empfehlungen zu geben,</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	2. dem Medizinischen Dienst Bund konkrete Vorschläge zur Umsetzung der genannten Empfehlungen in seinen Richtlinien zu unterbreiten und
	3. dem Bundesministerium für Gesundheit konkrete Vorschläge zur gesetzlichen Umsetzung der genannten Empfehlungen zu unterbreiten.
	(5) Die Mitglieder des Beirats werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorgeschlagen und für die Dauer von vier Jahren vom Medizinischen Dienst Bund im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit berufen. Sie bleiben nach Ablauf dieses Zeitraumes noch so lange im Amt, bis die neuen Mitglieder berufen worden sind. Die Mitglieder des Beirats können auf ihre Mitgliedschaft verzichten. Der Verzicht ist gegenüber dem Medizinischen Dienst Bund schriftlich oder elektronisch zu erklären. Hierüber ist das Bundesministerium für Gesundheit vom Medizinischen Dienst Bund zu unterrichten. Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, so ist unverzüglich an seiner Stelle ein neues Mitglied zu berufen.
	(6) Die Mitglieder des Beirats sind in der Ausübung ihrer Tätigkeit im Beirat unabhängig, unterliegen keinen Weisungen und sind ausschließlich dem öffentlichen Interesse verpflichtet.
	(7) Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung.
	(8) Der Beirat wählt nach Maßgabe seiner Geschäftsordnung aus seiner Mitte ein vorsitzendes und ein stellvertretendes vorsitzendes Mitglied.
	(9) Für den Beirat unterhält der Medizinische Dienst Bund eine Geschäftsstelle. Diese Geschäftsstelle muss angemessen ausgestattet werden.

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(10) Die Mitglieder des Beirats erhalten Ersatz von Reisekosten und ein angemessenes Sitzungsgeld, das der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festsetzt.</p>
	<p>(11) Der Beirat soll mindestens einmal im Halbjahr zu einer Sitzung zusammentreten. Sitzungen sind anzuberäumen, wenn der Medizinische Dienst Bund, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder das Bundesministerium für Gesundheit die Einberufung beantragen. Die oder der Vorsitzende des Beirats kann jederzeit eine Sitzung anberäumen. Der Beirat kann andere Sachverständige im Rahmen seiner Tätigkeit in geeigneter Form einbeziehen.</p>
	<p>(12) Die Sitzungen sind nichtöffentlich, soweit der Beirat nach Maßgabe seiner Geschäftsordnung nichts anderes beschließt. Die schriftlichen Dokumente des Beirats wie Berichte, Empfehlungen, Gutachten und Positionspapiere sind dem Medizinischen Dienst Bund, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit elektronisch zu übermitteln.</p>
	<p>(13) Ein Vertreter des Medizinischen Dienstes Bund, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie des Bundesministeriums für Gesundheit nimmt beratend an den Sitzungen teil. Sie oder er muss während der Sitzung jederzeit gehört werden.</p>
	<p>(14) Der Beirat berichtet dem Medizinischen Dienst Bund sowie dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über seine Tätigkeit nach Absatz 4.</p>
	<p>(15) Der Beirat informiert den Medizinischen Dienst Bund sowie das Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen über den Tätigkeitsbericht nach Absatz 14 hinaus über seine Tätigkeiten. Die Information erfolgt in den Sitzungen des Beirats, schriftlich, elektronisch oder fernmündlich.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Viertes Kapitel	Viertes Kapitel
Leistungen der Pflegeversicherung	Leistungen der Pflegeversicherung
Erster Abschnitt	Erster Abschnitt
Übersicht über die Leistungen	Übersicht über die Leistungen
§ 28	§ 28
Leistungsarten, Grundsätze	Leistungsarten, Grundsätze
(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:	(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:
1. <i>Pflegesachleistung</i> (§ 36),	1. Pflegebegleitung (§ 7c),
	1a. Beratung nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zum 31. Dezember 2027 (§ 37 Absatz 3 Satz 7),
2. <i>Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen</i> (§ 37),	2. Sachleistungsbudget (§ 36),
3. <i>Kombination von Geldleistung und Sachleistung</i> (§ 38),	3. Entlastungsbudget (§ 37),
4. <i>Verhinderungspflege</i> (§ 39 in Verbindung mit § 42a),	4. Kombination von Entlastungsbudget und Sachleistungsbudget (§ 38),
5. <i>Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen</i> (§ 40),	5. Überbrückungsbudget (§ 39 in Verbindung mit den §§ 39a und 42),
5a. <i>ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a in Verbindung mit § 40b) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a in Verbindung mit § 40b),</i>	entfällt
6. <i>Tagespflege und Nachtpflege</i> (§ 41),	6. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
7. <i>Kurzzeitpflege</i> (§ 42 in Verbindung mit § 42a),	7. digitale Pflegeanwendungen (§ 40a in Verbindung mit § 40b) und ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 40c in Verbindung mit § 40b),
7a. <i>Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson</i> (§ 42b),	entfällt
8. <i>vollstationäre Pflege</i> (§ 43),	8. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
9. <i>Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen</i> (§ 43a),	9. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42b),
9a. <i>Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen</i> (§ 43b),	entfällt
10. <i>Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen</i> (§ 44),	10. vollstationäre Pflege (§ 43),
11. <i>zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung</i> (§ 44a),	11. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),
12. <i>Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen</i> (§ 45),	12. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),
12a. <i>Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags</i> (§ 45a),	entfällt
13. <i>Entlastungsbetrag</i> (§ 45b),	13. Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (§ 43c),
14. <i>zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen</i> (§ 45f),	14. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
15. <i>Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c</i> (§ 45h),	15. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),
16. <i>Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches gemäß § 35a.</i>	16. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
	17. Sozialraumbudget (§ 45b),

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	18. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45f),
	19. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c (§ 45h),
	20. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches gemäß § 35a.
(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen <i>Anspruch auf Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b.</i>	(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen bis zum 31. Dezember 2027 Anspruch auf Pflegeberatung nach Maßgabe des § 144 Absatz 4.
(1b) – (5) [...]	(1b) – (5) unverändert
§ 28a	§ 28a
Leistungen bei Pflegegrad 1	Leistungen bei Pflegegrad 1
Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:	Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:
1. <i>Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,</i>	1. Pflegebegleitung gemäß § 7c,
	1a. Pflegeberatung nach Maßgabe des § 144 Absatz 4,
	1b. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3 Satz 2 bis zum 31. Dezember 2027,
2. <i>Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,</i>	2. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40,
3. <i>Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40,</i>	3. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40,

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
4. <i>finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40,</i>	4. digitale Pflegeanwendungen gemäß § 40a in Verbindung mit § 40b und ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gemäß § 40c in Verbindung mit § 40b,
5. <i>Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,</i>	5. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42b,
6. <i>Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42b,</i>	6. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
7. <i>einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,</i>	7. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,
8. <i>zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,</i>	8. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,
9. <i>zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,</i>	9. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45f,
10. <i>Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,</i>	10. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45g nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b,
11. <i>den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,</i>	11. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, soweit die Leistungen gemäß § 45h bei Pflegegrad 1 zur Anwendung kommen.
12. <i>zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45f,</i>	entfällt
13. <i>die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45g nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b,</i>	entfällt

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
14. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, soweit die Leistungen gemäß § 45h bei Pflegegrad 1 zur Anwendung kommen.	entfällt
Zweiter Abschnitt	Zweiter Abschnitt
Gemeinsame Vorschriften	Gemeinsame Vorschriften
§ 30	§ 30
Dynamisierung	Dynamisierung
<p>(1) Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen zum 1. Januar 2025 um 4,5 Prozent und zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum.</p>	<p>(1) Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen ab dem Jahr 2028 jährlich jeweils zum 1. Juli in Höhe des arithmetischen Mittels der Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre, nicht jedoch stärker als der durchschnittliche Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum.</p>
(2) [...]	(2) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 33	§ 33
Leistungsvoraussetzungen	Leistungsvoraussetzungen
<p>(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bei bewilligten Leistungen im Befristungszeitraum nicht aus, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welchem Pflegegrad der Pflegebedürftige zuzuordnen ist.</p>	<p>(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bei bewilligten Leistungen im Befristungszeitraum nicht aus, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welchem Pflegegrad der Pflegebedürftige zuzuordnen ist. Für die Prognose des Medizinischen Dienstes nach Satz 5 reicht die begründete Wahrscheinlichkeit, dass sich gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person pflegegradrelevant verringern werden. In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 werden die Voraussetzungen näher konkretisiert, unter denen eine Befristung nach Satz 5 zu erfolgen hat.</p>
(2) – (4) [...]	(2) – (4) unverändert

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
§ 34	§ 34
Ruhen der Leistungsansprüche	Ruhen der Leistungsansprüche
(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:	(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:
<p>1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr ist das <i>Pflegegeld</i> nach § 37 oder <i>anteiliges Pflegegeld</i> nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,</p>	<p>1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr ist das Entlastungsbudget nach § 37 oder das anteilige Entlastungsbudget nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,</p>
<p>2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung, nach dem Soldatenentschädigungsgesetz oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(1a) Der Anspruch auf <i>Pflegegeld</i> nach § 37 oder <i>anteiliges Pflegegeld</i> nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.</p>	<p>(1a) Der Anspruch auf das Entlastungsbudget nach § 37 oder das anteilige Entlastungsbudget nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. <i>Pflegegeld</i> nach § 37 oder <i>anteiliges Pflegegeld</i> nach § 38 ist in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das <i>Pflegegeld</i> nach § 37 oder <i>anteiliges Pflegegeld</i> nach § 38 auch über die ersten acht Wochen hinaus weiter gezahlt.</p>	<p>(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Das Entlastungsbudget nach § 37 oder das anteilige Entlastungsbudget nach § 38 ist in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Entlastungsbudget nach § 37 oder das anteilige Entlastungsbudget nach § 38 auch über die ersten acht Wochen hinaus weiter gezahlt.</p>
(3) [...]	(3) un v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 35a	§ 35a
<p align="center">Teilnahme an einem Persönlichen Budget nach § 29 des Neunten Buches</p>	<p align="center">Teilnahme an einem Persönlichen Budget nach § 29 des Neunten Buches</p>
<p>Pflegebedürftigen werden auf Antrag die Leistungen nach den §§ 36, 37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und § 41 durch ein Persönliches Budget nach § 29 des Neunten Buches erbracht; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte <i>Pflegegeld</i> als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen. Der Leistungsträger, der das Persönliche Budget nach § 29 Absatz 3 des Neunten Buches durchführt, hat sicherzustellen, dass eine den Vorschriften dieses Buches entsprechende Leistungsbewilligung und Verwendung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen gewährleistet ist. Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.</p>	<p>Pflegebedürftigen werden auf Antrag die Leistungen nach den §§ 36, 37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und § 41 durch ein Persönliches Budget nach § 29 des Neunten Buches erbracht; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Entlastungsbudget als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen. Der Leistungsträger, der das Persönliche Budget nach § 29 Absatz 3 des Neunten Buches durchführt, hat sicherzustellen, dass eine den Vorschriften dieses Buches entsprechende Leistungsbewilligung und Verwendung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen gewährleistet ist. Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.</p>
	<p align="center">§ 35b</p>
	<p align="center">Abtretung bei Kostenerstattung</p>
	<p>(1) Die Abtretung von Ansprüchen der pflegebedürftigen Person auf Zahlung von Geldleistungen gegen die zuständige Pflegekasse nach § 40 Absatz 4, §§ 40a und 45b wird erst wirksam, wenn die pflegebedürftige Person die Abtretung der zuständigen Pflegekasse anzeigt.</p>
	<p>(2) Die Anzeige kann schriftlich oder elektronisch erfolgen.</p>
	<p>(3) Die Anzeige hat Angaben zur pflegebedürftigen Person, zum Abtretungsempfänger sowie zur Art und Höhe des abgetretenen Anspruchs zu enthalten.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	(4) Die Pflegekasse zeigt der pflegebedürftigen Person die Zahlung an den Abtretungsempfänger in schriftlicher oder elektronischer Form an. Die Anzeige hat Angaben zur Höhe der Zahlung und zu der Höhe des verbleibenden Anspruchs der pflegebedürftigen Person zu enthalten.
Dritter Abschnitt	Dritter Abschnitt
Leistungen	Leistungen
Erster Titel	Erster Titel
Leistungen bei häuslicher Pflege	Leistungen bei häuslicher Pflege
§ 36	§ 36
Pflegesachleistung	Sachleistungsbudget
(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf <i>körperbezogene</i> Pflegemaßnahmen und <i>pflegerische</i> Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung <i>als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe)</i> . Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.	(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf ein Sachleistungsbudget, mit dem sie häusliche Pflegehilfe als Sachleistung beziehen können. Häusliche Pflegehilfe setzt sich zusammen aus körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Der Umfang des Sachleistungsbudgets ergibt sich aus den Leistungsbeträgen nach Absatz 3.
(2) [...]	(2) unverändert
(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat	(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 796 Euro,	1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 889 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 497 Euro,	2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 590 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 859 Euro,	3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 089 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 299 Euro.	4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 529 Euro.
<p>(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Dabei sind auch Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen möglich. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.</p>	<p>(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Betreuungseinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Dabei sind auch Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen möglich. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 37	§ 37
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	Entlastungsbudget
<p>(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle <i>der häuslichen Pflegehilfe</i> ein <i>Pflegegeld</i> beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem <i>Pflegegeld</i> dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das <i>Pflegegeld</i> beträgt je Kalendermonat</p>	<p>(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle des Sachleistungsbudgets ein Entlastungsbudget beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Entlastungsbudget dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Entlastungsbudget beträgt je Kalendermonat</p>
1. 347 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,	1. 386 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 599 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,	2. 638 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 800 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,	3. 889 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 990 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.	4. 1 079 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.
<p>(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Hälfte des bisher bezogenen <i>Pflegegeldes</i> wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 <i>und während einer Verhinderungspflege nach § 39</i> jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Das <i>Pflegegeld</i> wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, <i>Pflegegeld</i> überwiesen wurde.</p>	<p>(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Hälfte des bisher bezogenen Entlastungsbudgets wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Das Entlastungsbudget wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, ein Entlastungsbudget überwiesen wurde. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 erhalten in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades die Hälfte des Entlastungsbudgets.</p>

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
<p>(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die <i>Pflegegeld</i> nach Absatz 1 beziehen, haben halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen; Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 können vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. März 2027 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.</p>	<p>(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die ein Entlastungsbudget nach Absatz 1 beziehen, haben halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen; Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 können vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zu zwei Beratungen sowie halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. März 2027 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3, die ein Entlastungsbudget nach Absatz 1 beziehen, können in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zu zwei Beratungen in der eigenen Häuslichkeit oder per Videokonferenz in Anspruch nehmen. Die Regelungen in diesem Absatz gelten bis zum 31. Dezember 2027.</p>
(3a) – (5) [...]	(3a) – (5) u n v e r ä n d e r t
<p>(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das <i>Pflegegeld</i> angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.</p>	<p>(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Entlastungsbudget angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.</p>
(7) – (9) [...]	(7) – (9) u n v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 38	§ 38
<p>Kombination von <i>Geldleistung</i> und <i>Sachleistung</i> (Kombinationsleistung)</p>	<p>Kombination von Entlastungsbudget und Sachleistungsbudget (Kombinationsleistung)</p>
<p>Nimmt der Pflegebedürftige <i>die</i> ihm nach § 36 Absatz 3 zustehende <i>Sachleistung</i> nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges <i>Pflegegeld</i> im Sinne des § 37. Das <i>Pflegegeld</i> wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige <i>Sachleistungen</i> in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden. <i>Anteiliges Pflegegeld</i> wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und während einer <i>Verhinderungspflege</i> nach § 39 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der <i>Kurzzeit- oder Verhinderungspflege</i> geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ungekürztes <i>Pflegegeld</i> anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.</p>	<p>Nimmt der Pflegebedürftige das ihm nach § 36 Absatz 3 zustehende Sachleistungsbudget nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Entlastungsbudget im Sinne des § 37. Das Entlastungsbudget wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige das Sachleistungsbudget in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Ein anteiliges Entlastungsbudget wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeitpflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ein ungekürztes Entlastungsbudget anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 39	§ 39
Verhinderungspflege	Überbrückungsbudget
<p>(1) <i>Ist eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für den Pflegebedürftigen für längstens acht Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege ist nicht erforderlich; 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. Auf welche Höhe sich die Kostenübernahme für die Ersatzpflege durch die Pflegekasse belaufen darf, bestimmt sich nach den Absätzen 2 und 3.</i></p>	<p>(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden, haben in pflegerischen Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen Anspruch auf ein Überbrückungsbudgets. Das Überbrückungsbudget umfasst je Kalenderjahr einen Gesamtleistungsbetrag in Höhe von bis zu 1 855 Euro für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 und in Höhe von bis zu 2 285 Euro für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung. Das Überbrückungsbudget kann innerhalb des Kalenderjahres in Anspruch genommen werden.</p>
<p>(2) <i>Wird die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflegekosten je Kalenderjahr höchstens bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen.</i></p>	<p>(2) Eine pflegerische Akutsituation liegt vor, wenn aufgrund eines unvorhersehbaren Ereignisses ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf in der häuslichen Pflege besteht und in sonstigen Krisensituationen, wenn vorübergehend häusliche Pflege nicht möglich oder ausreichend ist oder eine akute Überforderung der Pflegeperson vorliegt oder einzutreten droht. Ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf liegt insbesondere vor, wenn aufgrund eines ungeplanten Ausfalls der Pflegeperson der Eintritt eines gesundheitlichen Schadens bei der pflegebedürftigen Person oder eine Krankenhauseinweisung zu befürchten ist.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(3) Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr höchstens bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird. Wird die Ersatzpflege von diesen Personen nicht erwerbsmäßig ausgeübt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten. Auf Nachweis können von der Pflegekasse bei einer Ersatzpflege nach Satz 2 notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, auch über diesen Betrag hinaus übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 2 und 3 zusammen dürfen im Kalenderjahr den Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a nicht übersteigen.</p>	<p>(3) Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung sind:</p>
	<p>1. 1. Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen durch einen Notdienst in der ambulanten Pflege nach § 39a,</p>
	<p>2. die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflege nach § 42.</p>
	<p>(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert im Benehmen mit den Ländern im Internet in geeigneter Weise barrierefrei über die regional verfügbaren Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung, insbesondere über verfügbare Plätze der Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4, und deren Voraussetzungen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(5) Im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis 31. Dezember 2027 kann das Überbrückungsbudget in pflegerischen Akutsituationen abweichend von Absatz 3 Nummer 1 auch für die pflegerische Überbrückungsversorgung durch zugelassene ambulante Pflege- oder Betreuungsdienste verwendet werden. Dauert die Inanspruchnahme der Dienste nach Satz 1 länger als drei Kalendertage an, ist zur Sicherstellung der häuslichen Pflege durch die Dienste nach Satz 1 die Zustimmung der Pflegekasse über die weitere Akutversorgung durch den ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienst einzuholen. Entsprechendes gilt im Falle der Kurzzeitpflege in pflegerischen Akutsituationen nach § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.</p>
§ 39a	§ 39a
<p>Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen</p>	<p>Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen</p>
<p><i>Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat, durch nach diesem Buch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.</i></p>	<p>(1) Kann die häusliche Pflege in pflegerischen Akutsituationen nach Maßgabe des § 39 Absatz 2 zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen durch einen Notdienst in der ambulanten Pflege.</p>
	<p>(2) Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(3) Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen ist in der Regel auf die Dauer des Vorliegens der Akutsituation beschränkt. Dauert die Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen in Akutsituation länger als drei Kalendertage an, hat der ambulante Pflegenotdienst oder der ambulante Betreuungsnotdienst unverzüglich eine Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c über die weitere Erforderlichkeit der Akutversorgung einzuholen und der zuständigen Pflegekasse zu übermitteln. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1.</p>
	<p>(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 30. Juni 2027 in Richtlinien das Nähere zum Inhalt und zur standardisierten Dokumentation der Feststellung der Erforderlichkeit nach Absatz 3, einschließlich deren Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung an die zuständige Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 40	§ 40
Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
<p>(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachperson oder des Medizinischen Dienstes überprüfen lassen. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.</p>	<p>(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachperson oder des Medizinischen Dienstes überprüfen lassen. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Absatz 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind vom Anspruch nach Satz 1 ausgenommen.</p>
<p>(2) <i>Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.</i></p>	<p>entfällt</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel <i>mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2</i> eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.</p>	<p>(3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Absatz 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Absatz 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.</p>
(4) – (7) [...]	(4) – (7) u n v e r ä n d e r t
§ 40b	§ 40b
Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen	Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen
<p>(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, so hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf</p>	<p>(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, so hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf</p>
<p>1. die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat und</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
2. ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat.	2. ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 40c bis zur Höhe von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat.
(2) [...]	(2) unverändert
	§ 40c
	Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen
	Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch nach diesem Buch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.
Zweiter Titel	Zweiter Titel
Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege
§ 41	§ 41
Tagespflege und Nachtpflege	Tagespflege und Nachtpflege
(1) – (2) [...]	(1) – (2) unverändert
(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich <i>zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38</i> in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.	(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zum Sachleistungsbudget, Entlastungsbudget , der Kombinationsleistung nach § 38 oder zum Überbrückungsbudget nach § 39 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.
(4) bis (7) (weggefallen)	(4) unverändert

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
§ 42	§ 42
Kurzzeitpflege	Kurzzeitpflege
(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:	(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:
1. für eine Übergangszeit im <i>Anschluß</i> an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder	1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in <i>sonstigen Krisensituationen</i> oder <i>anderen Situationen</i> , in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.	2. in pflegerischen Akutsituationen oder sonstigen Überbrückungssituationen , in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen <i>einschließlich</i> der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem <i>Betrag</i> in Höhe des <i>Gemeinsamen Jahresbetrags</i> nach § 42a.	(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1.
(3) [...]	(3) unverändert
	(4) In pflegerischen Akutsituationen besteht ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen soweit und solange eine stationäre Versorgung nach Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c aus pflegfachlicher Sicht erforderlich ist. Der Anspruch nach Satz 1 setzt voraus, dass der Gesamtleistungsbetrag des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 Satz 2 für das maßgebliche Kalenderjahr noch nicht vollständig ausgeschöpft wurde.

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Dritter Titel	Dritter Titel
<i>Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege</i>	entfällt
§ 42a	
Gemeinsamer Jahresbetrag	
<p><i>(1) Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3 539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).</i></p>	
<p><i>(2) Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. Die Anzeige gilt als erfolgt, wenn die zur Kostenerstattung im Rahmen der Verhinderungspflege erforderlichen Nachweise und Unterlagen innerhalb dieses Zeitraums bei der Pflegekasse eingereicht worden sind und die Pflegeeinrichtung hierüber nachweisbar sichere Kenntnis hat. Werden Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht und wird deren Abrechnung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen, ist durch den Leistungserbringer bis zum Ablauf dieses Zeitraums die Leistungserbringung und deren Umfang gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen.</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>(3) Erbringen Pflegeeinrichtungen Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege, haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen; auf der Übersicht ist deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden. Sofern es sich bei den Leistungserbringenden nicht um natürliche Personen handelt, finden die Sätze 1 und 2 auf andere Erbringer von Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege entsprechende Anwendung.</i></p>	
Fünfter Titel	Fünfter Titel
Vollstationäre Pflege	Vollstationäre Pflege
§ 43	§ 43
Inhalt der Leistung	Inhalt der Leistung
(1) – (2) [...]	(1) – (2) unverändert
<p><i>(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.</i></p>	entfällt
(4) [...]	(3) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Sechster Titel	Sechster Titel
Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen	Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen
§ 43a	§ 43a
Inhalt der Leistung	Inhalt der Leistung
<p>Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 278 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges <i>Pflegegeld</i> beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.</p>	<p>Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 278 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Entlastungsbudget beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Achter Titel	Achter Titel
Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege	Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege
§ 43c	§ 43c
Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen	Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
<p>Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich <i>zwölf</i> Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als <i>zwölf</i> Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach § 43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, berücksichtigt. 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.</p>	<p>Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich achtzehn Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als achtzehn Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 54 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach § 43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, berücksichtigt. 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.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Vierter Abschnitt	Vierter Abschnitt
Leistungen für Pflegepersonen	Leistungen für Pflegepersonen
§ 44	§ 44
Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der Medizinische Dienst oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln.</p>	<p>(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Die Beiträge werden für die Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wurde. Der Medizinische Dienst oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln.</p>
(2) – (6) [...]	(2) – (6) u n v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
§ 45	§ 45
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
<p>(1) Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. <i>Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend.</i> Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.</p>	<p>(1) Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.</p>
(2) – (3) [...]	(2) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Fünfter Abschnitt	Fünfter Abschnitt
<p>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</p>	<p>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</p>
§ 45a	§ 45a
<p>Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung</p>	<p>Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung</p>
<p>(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind</p>	<p>(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind</p>
<p>1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).</p>	<p>3. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.</p>	<p>Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts oder eine Anerkennung als Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4. Alternativ zur Anerkennung nach Satz 3 können Angebote zur Unterstützung im Alltag als ambulante Betreuungseinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1a nach § 72 zugelassen werden. Eine Zulassung nach § 72 schließt eine Anerkennung nach den Absätzen 3 und 4 aus. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.</p>	<p>(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag mit Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.</p>
<p>(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 <i>einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.</i></p>	<p>(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2, die nicht nach § 72 zugelassen und die nicht Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4 sind, zu bestimmen. Sie haben dabei insbesondere Regelungen zu treffen über</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	1. die Voraussetzungen der Anerkennung eines Angebots zur Unterstützung im Alltag,
	2. das Verfahren zur Anerkennung geeigneter Angebote zur Unterstützung im Alltag,
	3. die Anforderungen an den Nachweis der persönlichen und fachlichen Eignung von Helferinnen und Helfern, die Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen,
	4. geeignete Wege der Information Pflegebedürftiger über die zur Verfügung stehenden Angebote zur Unterstützung im Alltag,
	5. zulässige Preise für Angebote zur Unterstützung im Alltag,
	6. Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung und
	7. das Verfahren zur Aufhebung der Anerkennung eines Angebotes zur Unterstützung im Alltag im Falle einer Zulassung nach § 72 und im Falle einer Anerkennung als Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4.
	Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) *Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die*

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.</i></p>	
	<p>(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die Richtlinie nach Absatz 4, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung in der Häuslichkeit. Dabei sind Aspekte der Qualität und Sicherheit der Versorgung sowie Wirtschaftlichkeitsaspekte einzubeziehen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit fünf Jahre nach Erlass der Richtlinie nach Absatz 4 einen Bericht über die Ergebnisse der Evaluierung vor</p>
<p>§ 45b</p>	<p>§ 45b</p>
<p>Entlastungsbetrag</p>	<p>Sozialraumbudget</p>
<p><i>(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von</i></p>	<p>(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 haben Anspruch auf ein Sozialraumbudget in Höhe von monatlich bis zu 175 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr vollendet haben, oder in Höhe von monatlich bis zu 300 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a mit einer Anerkennung nach Landesrecht oder durch die Pflegekassen.</p>
<p>1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,</p>	<p>entfällt</p>
<p>2. Leistungen der Kurzzeitpflege,</p>	<p>entfällt</p>
<p>3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,</p>	<p>entfällt</p>
<p>4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.</p>	<p>entfällt</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>Die Erstattung der Aufwendungen aus dem Entlastungsbetrag erfolgt auch in dem Fall, in dem für die in Satz 3 genannten Leistungen Mittel im Rahmen einer Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden. Die Leistung nach Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.</i></p>	
<p>(2) Der Anspruch auf <i>den Entlastungsbetrag</i> entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des <i>Entlastungsbetrags</i> nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme <i>der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen</i>. Für Zwecke der statistischen Erfassung bei den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen muss auf den Belegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben sein, im Zusammenhang mit welcher der in Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 genannten Leistungen die Aufwendungen jeweils entstanden sind.</p>	<p>(2) Der Anspruch auf das Sozialraumbudget entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Sozialraumbudgets nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen.</p>
<p>(3) <i>Der Entlastungsbetrag</i> nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 des Zwölften Buches findet auf <i>den Entlastungsbetrag</i> keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf <i>der Entlastungsbetrag</i> hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 entsprechen.</p>	<p>(3) Das Sozialraumbudget nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 des Zwölften Buches findet auf das Sozialraumbudget keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf das Sozialraumbudget hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 entsprechen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(4) Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen.</p>	<p>(4) Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 Satz 1 sowie der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 45a Absatz 4 Satz 2 bestimmen.</p>
<p>§ 45c</p>	<p>§ 45c</p>
<p>Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung</p>	<p>Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung</p>
<p>(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr</p>	<p>(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 125 Millionen Euro je Kalenderjahr</p>
<p>1. den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens. Im Rahmen der Förderung nach Satz 1 können jeweils 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>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, sodass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Im Einvernehmen mit allen Fördergebern können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.</p>	<p>(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, sodass insgesamt ein Fördervolumen von 250 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Im Einvernehmen mit allen Fördergebern können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.</p>
<p>(3) – (8) [...]</p>	<p>(3) – (8) u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Sechster Abschnitt	Sechster Abschnitt
Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen	Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen
§ 45h	§ 45h
Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c	Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c
(1) [...]	(1) unverändert
<p>(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf <i>körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung</i> gemäß § 36. Wenn der <i>Sachleistungsanspruch</i> nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht Anspruch auf anteiliges <i>Pflegegeld</i> gemäß § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37.</p>	<p>(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf ein Sachleistungsbudget nach § 36. Wenn das Sachleistungsbudget nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht Anspruch auf ein anteiliges Entlastungsbudget gemäß § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37.</p>
<p>(3) Neben den Ansprüchen nach den Absätzen 1 und 2 können Leistungen gemäß den §§ 7a, 39a, 40 Absatz 1 <i>und</i> 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 <i>zur</i> Höhe des <i>Leistungsbetrags</i> nach § 42 Absatz 2 Satz 2.</p>	<p>(3) Neben den Ansprüchen nach den Absätzen 1 und 2 können Leistungen gemäß den §§ 7c, 40 Absatz 1 sowie den §§ 40a, 40b, 40c, 44a und 45 in Anspruch genommen werden. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 besteht auch Anspruch auf Leistungen gemäß § 44 sowie auf Kurzzeitpflege gemäß § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis zu einem Gesamtleistungsbetrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 Satz 2.</p>
(4) [...]	(4) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Fünftes Kapitel	Fünftes Kapitel
Organisation	Organisation
Erster Abschnitt	Erster Abschnitt
Träger der Pflegeversicherung	Träger der Pflegeversicherung
§ 46	§ 46
Pflegekassen	Pflegekassen
<p>(1) Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder Krankenkasse (§ 4 Abs. 2 des Fünften Buches) wird eine Pflegekasse errichtet. Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung führt die Pflegeversicherung für die Versicherten durch.</p>	(1) unverändert
<p>(2) Die Pflegekassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Organe der Pflegekassen sind die Organe der Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind. Arbeitgeber (Dienstherr) der für die Pflegekasse tätigen Beschäftigten ist die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist. Krankenkassen und Pflegekassen können für Mitglieder, die ihre Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge selbst zu zahlen haben, die Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in einem gemeinsamen Beitragsbescheid festsetzen. Das Mitglied ist darauf hinzuweisen, dass der Bescheid über den Beitrag zur Pflegeversicherung im Namen der Pflegekasse ergeht. In den Fällen des Satzes 4 kann auch ein gemeinsamer Widerspruchsbescheid erlassen werden; Satz 5 gilt entsprechend. Die Erstattung zu Unrecht gezahlter Pflegeversicherungsbeiträge erfolgt durch die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist. Bei der Ausführung dieses Buches ist das Erste Kapitel des Zehnten Buches anzuwenden.</p>	(2) unverändert

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
<p>(3) Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen <i>auf Grund dieses</i> Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 3 Prozent des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet; dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um <i>die Hälfte</i> der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für <i>Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 5</i> und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18c Absatz 5 zu vermindern. Bei der Berechnung der Erstattung sind die Beitragseinnahmen um die Beitragseinnahmen zu vermindern, die dazu bestimmt sind, nach § 135 dem Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung zugeführt zu werden. Der Gesamtbetrag der nach Satz 1 zu erstattenden Verwaltungskosten aller Krankenkassen ist nach dem tatsächlich entstehenden Aufwand (Beitragseinzug/Leistungsgewährung) auf die Krankenkassen zu verteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt das Nähere über die Verteilung. Außerdem übernehmen die Pflegekassen 50 vom Hundert der umlagefinanzierten Kosten des Medizinischen Dienstes. Personelle Verwaltungskosten, die einer Betriebskrankenkasse von der Pflegekasse erstattet werden, sind an den Arbeitgeber weiterzuleiten, wenn er die Personalkosten der Betriebskrankenkasse nach § 149 Absatz 2 des Fünften Buches trägt. Der Verwaltungsaufwand in der sozialen Pflegeversicherung ist nach Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu überprüfen.</p>	<p>(3) Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen aufgrund dieses Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 2,7 Prozent des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet; dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um 7 Prozent der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegebegleitung nach § 7c und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18c Absatz 5 zu vermindern. Bei der Berechnung der Erstattung sind die Beitragseinnahmen um die Beitragseinnahmen zu vermindern, die dazu bestimmt sind, nach § 135 dem Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung zugeführt zu werden. Der Gesamtbetrag der nach Satz 1 zu erstattenden Verwaltungskosten aller Krankenkassen ist nach dem tatsächlich entstehenden Aufwand (Beitragseinzug/Leistungsgewährung) auf die Krankenkassen zu verteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt das Nähere über die Verteilung. Außerdem übernehmen die Pflegekassen 50 vom Hundert der umlagefinanzierten Kosten des Medizinischen Dienstes. Personelle Verwaltungskosten, die einer Betriebskrankenkasse von der Pflegekasse erstattet werden, sind an den Arbeitgeber weiterzuleiten, wenn er die Personalkosten der Betriebskrankenkasse nach § 149 Absatz 2 des Fünften Buches trägt. Der Verwaltungsaufwand in der sozialen Pflegeversicherung ist nach Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu überprüfen.</p>
(4) – (6) [...]	(4) – (6) u n v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Sechstes Kapitel	Sechstes Kapitel
Finanzierung	Finanzierung
Erster Abschnitt	Erster Abschnitt
Beiträge	Beiträge
§ 55	§ 55
Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung
<p>(1) Der Beitragssatz beträgt, vorbehaltlich des Satzes 2, bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 ausschließlich nach Maßgabe des Absatzes 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.</p>	<p>(1) Der Beitragssatz beträgt, vorbehaltlich des Satzes 2, bundeseinheitlich 3,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 ausschließlich nach Maßgabe des Absatzes 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.</p>
(1a)[...]	u n v e r ä n d e r t
<p>(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).</p>	<p>(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Absatz 6 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(3) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches. Satz 1 gilt auch nicht für Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 3 Nummer 2 und 3 des Ersten Buches. Für diese reduziert sich der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 für jedes Kind ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte; bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Satz 4 gilt auch für Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.</p>	<p>(3) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,7 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches. Satz 1 gilt auch nicht für Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 3 Nummer 2 und 3 des Ersten Buches. Für diese reduziert sich der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 für jedes Kind ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte; bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Satz 4 gilt auch für Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.</p>
(3a) – (5) [...]	(3a) – (5) u n v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	§ 59b
	Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung
	<p>Der Arbeitgeber einer Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches hat für Versicherte, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, auf das aus dieser Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt einen Beitrag unter Anwendung des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 Satz 1 zu tragen. Für Beschäftigte in Privathaushalten nach § 8a Satz 1 des Vierten Buches, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, hat der Arbeitgeber einen Beitrag in Höhe von 1,5 vom Hundert des Arbeitsentgelts dieser Beschäftigung zu tragen. Für den Beitrag des Arbeitgebers gelten der Dritte Abschnitt des Vierten Buches sowie § 111 Absatz 1 Nummer 2 bis 4, 8 und Absatz 2 und 4 des Vierten Buches entsprechend.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Dritter Abschnitt	Dritter Abschnitt
Bundesmittel	Bundesmittel
§ 61a	§ 61a
Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen
<p>(1) Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde Euro in monatlich zum jeweils ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Ausgleichsfonds nach § 65. Die Zahlungen für die Jahre 2024 bis 2027 werden ausgesetzt und <i>ab dem Jahr 2028 wieder aufgenommen.</i></p>	<p>(1) Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde Euro in monatlich zum jeweils ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Ausgleichsfonds nach § 65. Die Zahlungen für die Jahre 2024 bis 2028 werden ausgesetzt und im Jahr 2029 erfolgt die Zahlung abweichend von Satz 1 in Höhe von 500 Millionen Euro; ab dem Jahr 2030 werden die Zahlungen wieder gemäß Satz 1 aufgenommen.</p>
<p>(2) Das entsprechend dem Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte Darlehen in Höhe von 1 Milliarde Euro ist in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31. Dezember 2023 und in Höhe von 0,5 Milliarden Euro <i>bis zum 31. Dezember 2028 zurückzuzahlen.</i></p>	<p>(2) Das entsprechend dem Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte zinslose Darlehen in Höhe von 1 Milliarde Euro ist in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31. Dezember 2023 und in Höhe von 0,5 Milliarden Euro in den Jahren 2035 bis 2039 in jährlichen, jeweils gleich hohen Teilbeträgen jeweils bis zum 31. Dezember des betreffenden Jahres zurückzuzahlen. Die entsprechend den Haushaltsgesetzen 2025 und 2026 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährten zinslosen Darlehen in Höhe von insgesamt 3,7 Milliarden Euro sind in den Jahren 2035 bis 2039 in jährlichen, jeweils gleich hohen Teilbeträgen jeweils bis zum 31. Dezember des betreffenden Jahres zurückzuzahlen.</p>
	§ 61b
	Liquiditätshilfe

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(1) Reicht der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar nicht aus, um die Zahlungsverpflichtungen der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds zu erfüllen, leistet der Bund dem Ausgleichsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel.</p>
	<p>(2) Die vom Bund als Liquiditätshilfe zur Verfügung gestellten Mittel sind zurückzuzahlen, sobald und soweit sie innerhalb des laufenden Kalenderjahres zur Erfüllung der Zahlungsverpflichtungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch bis zum 31. Dezember des auf die Darlehensvergabe folgenden Jahres.</p>
Vierter Abschnitt	Vierter Abschnitt
Verwendung und Verwaltung der Mittel	Verwendung und Verwaltung der Mittel
§ 63	§ 63
Betriebsmittel	Betriebsmittel
(1) [...]	(1) unverändert
<p>(2) Die Betriebsmittel <i>dürfen</i> im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der in Absatz 1 Nr. 1 genannten Aufwendungen <i>nicht übersteigen</i>. Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Pflegekasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage zuzuordnen sind. Durchlaufende Gelder bleiben außer Betracht.</p>	<p>(2) Die Betriebsmittel betragen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der in Absatz 1 Nummer 1 genannten Aufwendungen (Betriebsmittelsoll); liegen die Betriebsmittel unter dem Betriebsmittelsoll, sind sie ab dem Jahr 2028 entsprechend aufzufüllen, sofern sich nach § 65 Absatz 6 nichts Abweichendes ergibt. Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Pflegekasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage zuzuordnen sind. Durchlaufende Gelder bleiben außer Betracht.</p>
(3) [...]	(3) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 64	§ 64
Rücklage	Rücklage
(1) [...]	(1) unverändert
(2) Die Rücklage beträgt <i>50 vom Hundert</i> des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).	(2) Die Rücklage beträgt 20 Prozent des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).
(3) – (5) [...]	(3) – (5) unverändert
Fünfter Abschnitt	Fünfter Abschnitt
Ausgleichsfonds, Finanzausgleich	Ausgleichsfonds, Finanzausgleich
§ 65	§ 65
Ausgleichsfonds	Ausgleichsfonds
(1) – (5) [...]	(1) unverändert
	<p>(6) Im Falle nicht ausreichender Mittel des Ausgleichsfonds zur Erfüllung aller Anforderungen kann das Bundesamt für Soziale Sicherung dem Ausgleichsfonds Mittel der Pflegekassen nach § 62 unter gleichmäßiger Verteilung des Betriebsmittelfehlbestands und der Defizitlast zuführen. Zu diesem Zweck kann es die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls für alle Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zeitweise reduzieren. Eine Absenkung der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls ist höchstens im Umfang von zwei Zehnteln des Betriebsmittelsolls zulässig. Die Untergrenze der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls beträgt im Jahr 2028 Mittel im Umfang des 0,6-Fachen einer Monatsausgabe, im Jahr 2029 Mittel im Umfang des 0,7-Fachen einer Monatsausgabe und ab dem Jahr 2030 Mittel im Umfang des 0,8-Fachen einer Monatsausgabe.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Siebtes Kapitel	Siebtes Kapitel
Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern	Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern
Erster Abschnitt	Erster Abschnitt
Allgemeine Grundsätze	Allgemeine Grundsätze
§ 69	§ 69
Sicherstellungsauftrag	Sicherstellungsauftrag
(1) [...]	(1) unverändert
	(1a) Zur Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung in pflegerischen Akutsituationen im Sinne von § 39 schließen die Pflegekassen ergänzende Verträge nach Absatz 1 Satz 2 mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (Notdienst in der ambulanten Pflege nach § 39a) und mit zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen (Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4).
<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>	<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, Erkenntnisse aus der Durchführung der Pflegebegleitung nach § 7c 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>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Zweiter Abschnitt	Zweiter Abschnitt
Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen	Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen
§ 72	§ 72
Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag	Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag
(1) – (2) [...]	(1). (2) unverändert
(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die	(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die
1. den Anforderungen des § 71 genügen,	1. unverändert
2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten und die Vorgaben des Absatzes 3a oder Absatzes 3b erfüllen,	2. unverändert
3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,	3. unverändert
4. sich verpflichten, die ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen zu ermöglichen,	4. unverändert
5. sich verpflichten, an dem Verfahren zur Übermittlung von Daten nach § 35 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes teilzunehmen, sofern es sich bei ihnen um stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 handelt;	5. unverändert

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
<p>ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen ressourcenschonend und effizient zu erbringen sind.</p>	<p>ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt; dies gilt auch für den Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen ressourcenschonend und effizient zu erbringen sind.</p>
<p>(3a) – (3f) [...]</p>	<p>(3a) – (3f) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(3g) <i>Versorgungsverträge, die mit Pflegeeinrichtungen vor dem 1. September 2022 abgeschlossen wurden, sind spätestens bis zum Ablauf des 31. August 2022 mit Wirkung ab dem 1. September 2022 an die Vorgaben des Absatzes 3a oder des Absatzes 3b anzupassen.</i></p>	<p>(3g) Die Absätze 3c und 3e sowie § 82c Absatz 2 Satz 2 bis 5, Absatz 4, 5 und 6 sind ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2029 nicht anzuwenden. Die Absätze 3a, 3b und 3d sowie § 82c Absatz 1, 2 Satz 1, Absatz 2a, 2b und 3 sind ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 nicht anzuwenden. Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist in dem Zeitraum nach Satz 2 ohne die Erfüllung der Vorgaben nach den Absätzen 3a und 3b anzuwenden. § 84 Absatz 2 Satz 4 und § 89 Absatz 1 Satz 3 sind in dem Zeitraum nach Satz 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass für Vergütungssteigerungen die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches die Obergrenze darstellt. In dem Zeitraum nach Satz 2 dürfen zugelassene Leistungserbringer die Gehälter und Entlohnungen, die zum Zeitpunkt 1. Januar 2027 an die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gezahlt wurden, nicht wegen der Nichtanwendung nach Satz 2 unterschreiten. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet zusammen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember 2029 dem Deutschen Bundestag über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen.</p>
<p>(4) – (5) [...]</p>	<p>(4) – (5) u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 73a	§ 73a
Beeinträchtigungen bei Versorgungs- verträgen	Beeinträchtigungen bei Versorgungs- verträgen
(1) – (2) [...]	(1) – (2) un verändert
<p>(3) Der Spitzenverband 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 Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu veröffentlichen. Der Bericht enthält neben den Angaben nach den Sätzen 1 und 2 auch Bewertungen zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern.</p>	<p>(3) Der Spitzenverband 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 Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu veröffentlichen. Der Bericht enthält neben den Angaben nach den Sätzen 1 und 2 auch Bewertungen zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt sicher, dass die Daten des Berichts nach Satz 1 zur Erfüllung der Aufgaben nach § 8 Absatz 4 auch auf Ebene der regionalen Gebietskörperschaften zur Verfügung gestellt werden können.</p>
	§ 75a
	Praktische Erprobung innovativer Konzepte

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(1) Zur zeitlich befristeten praktischen Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung können zugelassene ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2031 vertraglich Abweichungen von Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 für eine Laufzeit von höchstens drei Jahren vereinbaren, soweit nicht Vorschriften dieses Buches oder der Schutz der Pflegebedürftigen entgegenstehen. In dem Vertrag haben die Vereinbarungspartner darzulegen,</p>
	<p>1. welchem Zweck die Erprobung dienen soll,</p>
	<p>2. von welchen Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 Abweichungen vereinbart werden und</p>
	<p>3. welche finanziellen Wirkungen sowie welche Wirkungen im Hinblick auf die Versorgung erwartet werden.</p>
	<p>Die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.</p>
	<p>(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 innerhalb von acht Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 unter Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes Bund in der Regel binnen drei Monaten festgesetzt, soweit nicht Vorschriften dieses Buches oder der Schutz der Pflegebedürftigen entgegenstehen. § 85 Absatz 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(4) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Wochen ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die pflegerische Versorgung der betroffenen Pflegebedürftigen wesentlich gefährdet ist.</p>
	<p>(5) Die Landesverbände der Pflegekassen informieren den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Abschluss von Verträgen nach Absatz 1. Dieser fordert in angemessenen zeitlichen Abständen von den Pflegeeinrichtungen einen unter Einbindung der weiteren Vertragspartner nach Absatz 1 zu erstellenden Erfahrungsbericht über die laufenden Innovationskonzepte an. Auf Basis der Berichte nach Satz 2 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 1. Juli 2029 und zum 1. Juli 2032 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Anwendung dieser Vorschrift und die danach vereinbarten Innovationskonzepte vor.</p>
Dritter Abschnitt	Dritter Abschnitt
Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern	Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern
§ 78a	§ 78a
Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung	Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung
(1) – (8) [...]	(1) – (8) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales dem Deutschen Bundestag jährlich, erstmals zum 1. April 2025, einen barrierefreien Bericht vor. Der Bericht enthält Informationen über die Inanspruchnahme der Leistungen nach den §§ 39a und 40a, insbesondere dazu, wie viele Pflegebedürftige der jeweiligen Pflegegrade Leistungen in Anspruch genommen haben und welche Mittel die Pflegekassen dafür verausgabt haben. Hinsichtlich der Leistungen der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, bezieht der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mit ein. Das Bundesministerium für Gesundheit kann weitere Inhalte des Berichts in der Verordnung nach Absatz 6 festlegen.</p>	<p>(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales dem Deutschen Bundestag jährlich, erstmals zum 1. April 2025, einen barrierefreien Bericht vor. Der Bericht enthält Informationen über die Inanspruchnahme der Leistungen nach den §§ 40a und 40c, insbesondere dazu, wie viele Pflegebedürftige der jeweiligen Pflegegrade Leistungen in Anspruch genommen haben und welche Mittel die Pflegekassen dafür verausgabt haben. Hinsichtlich der Leistungen der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, bezieht der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mit ein. Das Bundesministerium für Gesundheit kann weitere Inhalte des Berichts in der Verordnung nach Absatz 6 festlegen.</p>
Achstes Kapitel	Achstes Kapitel
Pflegevergütung	Pflegevergütung
Erster Abschnitt	Erster Abschnitt
Allgemeine Vorschriften	Allgemeine Vorschriften
§ 82	§ 82
Finanzierung der Pflegeeinrichtungen	Finanzierung der Pflegeeinrichtungen
(1) [...]	(1) unverändert
	<p>(1a) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung sind Personal- und Sachaufwendungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen berücksichtigungsfähig.</p>
(2) – (5) [...]	(2) – (5) unverändert

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
§ 82c	§ 82c
Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen	Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen
(1) – (5) [...]	(1) – (5) un verändert
(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet bis zum 31. Dezember 2022 eine Geschäftsstelle ein. Jeder Landesverband der Pflegekassen kann die Geschäftsstelle beauftragen, ihn bei der Erfüllung der folgenden Aufgaben zu unterstützen oder die folgenden Aufgaben in seinem Auftrag für ihn durchzuführen:	(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet bis zum 31. Dezember 2022 eine Geschäftsstelle ein. Jeder Landesverband der Pflegekassen kann die Geschäftsstelle beauftragen, ihn bei der Erfüllung der folgenden Aufgaben zu unterstützen oder die folgenden Aufgaben in seinem Auftrag für ihn durchzuführen:
1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung der nach § 72 Absatz 3e mitgeteilten Angaben oder Änderungen sowie der übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen,	1. un verändert
2. Zurverfügungstellung der übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach Absatz 5 Satz 5,	2. un verändert
3. Ermittlung	3. un verändert
a) des regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,	
b) der regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie	
c) der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3,	
4. Zusammenstellung der nach Absatz 5 zu veröffentlichenden Listen und Informationen sowie Veröffentlichung dieser Listen und Informationen.	4. un verändert

Darüber hinaus soll die Geschäftsstelle die Landesverbände der Pflegekassen zu den in Satz 2 genannten Aufgaben fachlich beraten. Soweit ein Landesverband der Pflegekassen die Geschäftsstelle mit der Unterstützung bei den oder der Durchführung von den in Satz 2 genannten Aufgaben beauftragt, stellt er der Geschäftsstelle die hierfür erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Verfügung, soweit die Erhebung dieser Informationen und Unterlagen nicht bereits Teil der Beauftragung der Geschäftsstelle ist. Die Pflegekassen sowie die Landesverbände der Pflegekassen berichten auf begründete Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Wirkungen der Regelungen der Absätze 1 bis 3 sowie des § 72 Absatz 3a bis 3e. Soweit ein Landesverband der Pflegekassen die Geschäftsstelle im Sinne von Satz 2 beauftragt hat, obliegt die Berichterstattung der Geschäftsstelle. Für die Berichterstattung nach den Sätzen 5 und 6 haben die Landesverbände der Pflegekassen oder die Geschäftsstelle auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit die von den Pflegekassen und Landesverbänden der Pflegekassen erhobenen oder erhaltenen nicht personenbezogenen Daten aufzubereiten und auszuwerten. Für die Evaluation nach § 72 Absatz 3f gelten die Sätze 5 bis 7 entsprechend. Soweit es erforderlich ist, können auch Informationen angefordert werden, die Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse enthalten. 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. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt mit der Anforderung die Art, den Umfang und die Art der Aufbereitung und Auswertung der angeforderten Informationen.

Darüber hinaus soll die Geschäftsstelle die Landesverbände der Pflegekassen zu den in Satz 2 genannten Aufgaben fachlich beraten. Soweit ein Landesverband der Pflegekassen die Geschäftsstelle mit der Unterstützung bei den oder der Durchführung von den in Satz 2 genannten Aufgaben beauftragt, stellt er der Geschäftsstelle die hierfür erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Verfügung, soweit die Erhebung dieser Informationen und Unterlagen nicht bereits Teil der Beauftragung der Geschäftsstelle ist. Die Pflegekassen sowie die Landesverbände der Pflegekassen berichten auf begründete Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Wirkungen der Regelungen der Absätze 1 bis 3 sowie des § 72 Absatz 3a bis 3e. Soweit ein Landesverband der Pflegekassen die Geschäftsstelle im Sinne von Satz 2 beauftragt hat, obliegt die Berichterstattung der Geschäftsstelle. Für die Berichterstattung nach den Sätzen 5 und 6 haben die Landesverbände der Pflegekassen oder die Geschäftsstelle auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit die von den Pflegekassen und Landesverbänden der Pflegekassen erhobenen oder erhaltenen nicht personenbezogenen Daten aufzubereiten und auszuwerten. Für die Evaluation nach § 72 Absatz 3f gelten die Sätze 5 bis 7 entsprechend. Soweit es erforderlich ist, können auch Informationen angefordert werden, die Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse enthalten. 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. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt mit der Anforderung die Art, den Umfang und die Art der Aufbereitung und Auswertung der angeforderten Informationen. **Die Finanzierung der Geschäftsstelle ist aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt**

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.
Zweiter Abschnitt	Zweiter Abschnitt
Vergütung der stationären Pflegeleistungen	Vergütung der stationären Pflegeleistungen
§ 84	§ 84
Bemessungsgrundsätze	Bemessungsgrundsätze
(1) – (6) [...]	(1) – (6) unverändert
<p>(7) Der Träger der Einrichtung ist <i>ab dem 1. September 2022</i> verpflichtet, die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter <i>nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2a</i> und der <i>Entlohnung nach § 82c Absatz 2</i> jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien <i>bis zum 1. Juli 2022</i> das Nähere zur Durchführung des Nachweises nach Satz 1 fest. Dabei ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. <i>§ 72 Absatz 3c Satz 5 und 6 gilt entsprechend.</i></p>	<p>(7) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter und der Entlohnungen jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien das Nähere zur Durchführung des Nachweises nach Satz 1 fest. Dabei ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.</p>
(8) [...]	(8) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	§ 88b
	Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege
	(1) Den zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach § 85 abgeschlossen haben und sich verpflichten, fest verfügbare Plätze für Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 anzubieten, werden im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 die ihnen infolge der Nichtauslastung dieser Plätze entstandenen Vorhaltekosten anteilig erstattet, soweit diese nicht bereits nach anderen Vorschriften finanziert werden. Die Pflegeeinrichtungen verpflichten sich zugleich, freie Plätze für Akut-Kurzzeitpflege zur Information nach § 39 Absatz 4 zu melden und betroffenen Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen.

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

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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Vierter Abschnitt	Vierter Abschnitt
Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich	Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich
§ 92a	§ 92a
Pflegeheimvergleich	Pflegeheimvergleich
<p>(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen Pflegeheimvergleich anzuordnen, insbesondere mit dem Ziel,</p>	<p>(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen Pflegeheimvergleich anzuordnen, insbesondere mit dem Ziel,</p>
<p>1. die Landesverbände der Pflegekassen bei der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen (§ 79, Elftes Kapitel),</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 bei der Bemessung der Vergütungen und Entgelte sowie</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. die Pflegekassen bei der Erstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten (§ 7 Abs. 3)</p>	<p>3. die Pflegekassen bei der Erstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten (§ 7b Absatz 3)</p>
<p>zu unterstützen. Die Pflegeheime sind länderbezogen, Einrichtung für Einrichtung, insbesondere hinsichtlich ihrer Leistungs- und Belegungsstrukturen, ihrer Pflegesätze und Entgelte sowie ihrer gesondert berechenbaren Investitionskosten miteinander zu vergleichen.</p>	<p>zu unterstützen. Die Pflegeheime sind länderbezogen, Einrichtung für Einrichtung, insbesondere hinsichtlich ihrer Leistungs- und Belegungsstrukturen, ihrer Pflegesätze und Entgelte sowie ihrer gesondert berechenbaren Investitionskosten miteinander zu vergleichen.</p>
(2) – (8) [...]	(2) – (8) u n v e r ä n d e r t
§ 92c	§ 92c
Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen	Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen
(1) - (4) [...]	(1) – (4) u n v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband 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 Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum 1. Januar 2027 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 Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind zu beachten. Die Empfehlungen beinhalten auch Aussagen</p>	<p>(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband 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 Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum 1. Januar 2027 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 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung und nach § 12 Absatz 1 sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind zu beachten. Die Empfehlungen beinhalten auch Aussagen</p>
<p>1. über die erforderliche Anwesenheit und Erreichbarkeit von Personal in den gemeinschaftlichen Wohnformen und</p>	<p>1. <code>u n v e r ä n d e r t</code></p>
<p>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.</p>	<p>2. <code>u n v e r ä n d e r t</code></p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>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.</p>	<p>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.</p>
(6) [...]	(6) un v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Neuntes Kapitel	Neuntes Kapitel
Datenschutz, Statistik und Interoperabilität	Datenschutz, Statistik und Interoperabilität
Erster Abschnitt	Erster Abschnitt
Informationsgrundlagen	Informationsgrundlagen
Erster Titel	Erster Titel
Grundsätze der Datenverarbeitung	Grundsätze der Datenverarbeitung
§ 94	§ 94
Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen	Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen
(1) Die Pflegekassen dürfen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur verarbeiten, soweit dies für:	(1) Die Pflegekassen dürfen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur verarbeiten, soweit dies für:
1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 20 bis 26) und der Mitgliedschaft (§ 49),	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung (§§ 54 bis 61),	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 4, 28 und 28a) sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,	3. die Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 2 , 28 und 28a) sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
4. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§§ 18 bis 18c und 40),	4. u n v e r ä n d e r t
5. die Abrechnung mit den Leistungserbringern und die Kostenerstattung (§§ 84 bis 91 und 105),	5. u n v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
6. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit, der Abrechnung und der Qualität der Leistungserbringung (§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),	6. un verändert
6a. den Abschluss und die Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),	6a. un verändert
7. die Aufklärung und Auskunft (§ 7),	7. die Aufklärung und Auskunft (§ 7b),
8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 12), die <i>Pflegeberatung</i> (§ 7a), das <i>Ausstellen von Beratungsgutscheinen</i> (§ 7b) sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten (§ 7c),	8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 7), die Pflegebegleitung (§ 7c) sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten (§ 7e),
9. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,	9. un verändert
10. statistische Zwecke (§ 109),	10. un verändert
10a. die Unterstützung der Versicherten bei der Durchsetzung des Herausgabeanspruchs nach § 109a Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit Absatz 4,	10a. un verändert
11. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7),	11. un verändert
12. Auswertungen nach § 25b des Fünften Buches	12. un verändert
erforderlich ist.	erforderlich ist.
(2) – (3) [...]	(2) – (3) un verändert
§ 95	§ 95
Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen	Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen
(1) Die Verbände der Pflegekassen dürfen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur verarbeiten, soweit diese für:	(1) Die Verbände der Pflegekassen dürfen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur verarbeiten, soweit diese für:

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
1. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit, der Abrechnung und der Qualitätssicherung der Leistungserbringung (§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),	1. un verändert
1a. die Information über die Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7),	1a. die Information über die Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7b),
2. den Abschluss und die Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),	2. un verändert
3. die Wahrnehmung der ihnen nach §§ 52 und 53 zugewiesenen Aufgaben,	3. un verändert
4. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7)	4. un verändert
erforderlich sind.	erforderlich sind.
(2) [...]	(2) un verändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Zehntes Kapitel	Zehntes Kapitel
Private Pflegeversicherung	Private Pflegeversicherung
§ 111	§ 111
Risikoausgleich	Risikoausgleich
<p>(1) Die Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne dieses Buches betreiben, müssen sich zur dauerhaften Gewährleistung der Regelungen für die private Pflegeversicherung nach § 110 sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach den §§ 45c bis 45e und 123 und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2 und § 125b Absatz 2 Satz 2 am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muß einen dauerhaften, wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten; es darf den Marktzugang neuer Anbieter der privaten Pflegeversicherung nicht erschweren und muß diesen eine Beteiligung an dem Ausgleichssystem zu gleichen Bedingungen ermöglichen. In diesem System werden die Beiträge ohne die Kosten auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen, die eine private Pflegeversicherung betreiben, ermittelt.</p>	<p>(1) Die Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne dieses Buches betreiben, müssen sich zur dauerhaften Gewährleistung der Regelungen für die private Pflegeversicherung nach § 110 sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach den §§ 45c bis 45e und 123 und der Mittel nach § 10 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 8, § 12 Absatz 5, § 113 Absatz 1c und § 113b Absatz 11 am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muß einen dauerhaften, wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten; es darf den Marktzugang neuer Anbieter der privaten Pflegeversicherung nicht erschweren und muß diesen eine Beteiligung an dem Ausgleichssystem zu gleichen Bedingungen ermöglichen. In diesem System werden die Beiträge ohne die Kosten auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen, die eine private Pflegeversicherung betreiben, ermittelt.</p>
(2) [...]	(2) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Elftes Kapitel	Elftes Kapitel
Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen	Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen
§ 113	§ 113
Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität
(1) – (1b) [...]	(1) – (1b) unverändert
	(1c) Die Finanzierung der gemäß Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution ist aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und das Bundesamt für Soziale Sicherung vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.
(2) – (3) [...]	(2) – (3) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 113b	§ 113b
Qualitätsausschuss	Qualitätsausschuss
<p>(1) Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und erlassen die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5, den §§ 113, 115 Absatz 1a, 1c und 3b sowie § 115a Absatz 1 und 2 durch diesen Qualitätsausschuss. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen auch die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten nach den Absätzen 4 und 8 sowie nach § 8 Absatz 5 Satz 2 notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss.</p>	<p>(1) Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und erlassen die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5, den §§ 113, 115 Absatz 1a, 1c und 3b sowie § 115a Absatz 1 und 2 durch diesen Qualitätsausschuss. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen auch die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten nach den Absätzen 4 und 8 sowie nach § 113 Absatz 1c Satz 2 notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss.</p>
(2) [...]	(2) un verändert

(3) Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung, ein Beschluss oder eine Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 und 3 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung, Beschlussfassung oder Entscheidung im Sinne der Absätze 4 und 8, des § 8 Absatz 5 Satz 2, des § 37 Absatz 5, der §§ 113 und 115 Absatz 1a, 1c und 3b. 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

(3) Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung, ein Beschluss oder eine Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 und 3 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung, Beschlussfassung oder Entscheidung im Sinne der Absätze 4 und 8, des **§ 113 Absatz 1c** Satz 2, des § 37 Absatz 5, der §§ 113 und 115 Absatz 1a, 1c und 3b. 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

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
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.	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.
(3a) – (4) [...]	(3a) – (4) un v e r ä n d e r t
<p>(4a) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, 2, 3 und 6 entwickelten Qualitätssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiterentwickelt werden. Sie haben darauf hinzuwirken, dass die Evaluationsergebnisse nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 umgesetzt und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Satz 1 berücksichtigt werden. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme beauftragen die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Für die Erteilung und Bearbeitung der Aufträge gilt Absatz 5 Satz 2 bis 5 entsprechend.</p>	<p>(4a) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, 2, 3 und 6 entwickelten Qualitätssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiterentwickelt werden. Sie haben darauf hinzuwirken, dass die Evaluationsergebnisse nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 umgesetzt und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Satz 1 berücksichtigt werden. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme beauftragen die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Für die Erteilung und Bearbeitung der Aufträge gilt Absatz 5 entsprechend.</p>
<p>(5) <i>Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 und der Aufträge und Vorhaben nach Absatz 4a erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4.</i> Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Absatz 4 Satz 2 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird. Den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Absatz 4 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnisnahme vor der Veröffentlichung vorzulegen.</p>	<p>(5) Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Absatz 4 Satz 2 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird. Den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Absatz 4 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnisnahme vor der Veröffentlichung vorzulegen.</p>
(6) – (8) [...]	(6) – (8) un v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(9) Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 8 Absatz 5 Satz 2 getroffenen Entscheidungen. Es kann die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. Bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen. Bezüglich der Vereinbarungen nach § 115 Absatz 3b setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 darüber hinaus mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ins Benehmen.</p>	<p>(9) Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 113 Absatz 1c Satz 2 getroffenen Entscheidungen. Es kann die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. Bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen. Bezüglich der Vereinbarungen nach § 115 Absatz 3b setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 darüber hinaus mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ins Benehmen.</p>
(10) [...]	(10) un v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(11) Die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 und der Aufträge nach Absatz 4 und der Aufträge und Vorhaben nach Absatz 4a ist aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesamt für Soziale Sicherung vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Sofern nach Absatz 2 Satz 3 der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Qualitätsausschuss vertreten ist, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen nach Satz 1. Der Finanzierungsanteil nach Satz 4, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.</p>
§ 113c	§ 113c
<p>Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen</p>	<p>Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen</p>
(1) [...]	(1) unverändert
(2) Abweichend von Absatz 1 kann ab dem 1. Juli 2023 eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn	(2) Abweichend von Absatz 1 kann ab dem 1. Juli 2023 eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn
<p>1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder</p>	<p>1. unverändert</p>

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkraftpersonal geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, oder	2. un verändert
3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.	3. un verändert
Als sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das	Als sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das
1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder	1. un verändert
2. für die Zwecke des Modellvorhabens nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wurde oder	2. für die Zwecke des Modellvorhabens nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung beschäftigt wurde oder
3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes hat und überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.	3. un verändert
(3) [...]	(3) un verändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(4) Der Spitzenverband 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 Spitzenverbände 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. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband 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 Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen zu gleichen Teilen.</p>	<p>(4) Der Spitzenverband 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 Spitzenverbände 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 § 12 Absatz 3 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. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband 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 Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen zu gleichen Teilen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
(5) – (6) [...]	(5) – (6) unverändert
<p>(7) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft <i>alle zwei Jahre, erstmals im Jahr 2025</i>, eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und <i>der Grundlagen für die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1</i>. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf</p>	<p>(7) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft ab der 22. Legislaturperiode einmal in jeder Legislaturperiode eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und ob die Voraussetzungen für die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung vorliegen. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf</p>
<p>1. <i>die vorliegenden Erkenntnisse aus der wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b,</i></p>	<p>1. die Erkenntnisse aus dem Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 8 und</p>
<p>2. <i>die Erkenntnisse aus dem Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 8 und</i></p>	<p>2. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.</p>
<p>3. <i>die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.</i></p>	<p>entfällt</p>
<p><i>Das Bundesministerium für Gesundheit legt unverzüglich im Anschluss an die Prüfung nach Satz 1 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung nach Satz 1 und die tragenden Gründe sowie einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.</i></p>	<p>Über das Ergebnis der Prüfung nach Satz 1 und die tragenden Gründe sowie einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen berichtet die Bundesregierung im Bericht nach § 8 Absatz 3.</p>

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit legt *erstmalig bis zum 30. Juni 2024 und anschließend alle zwei Jahre, beginnend mit dem 31. Dezember 2025*, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie nach Anhörung der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung fest. Die Festlegung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen *berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmalig bis zum 30. Juni 2025, aufgeschlüsselt nach Ländern für den Stichtag 1. Mai 2025, und anschließend alle zwei Jahre, beginnend mit dem 31. Dezember 2026, aufgeschlüsselt nach Ländern für den Stichtag 1. November des Berichtsjahres*, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflegesatzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären. Ferner *berichtet* der Spitzenverband Bund der Pflegekassen *über* den Umfang des *Pflegehilfskraftpersonals*, das nach Absatz 2 Nummer 1 die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 überschreitet, *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. *Die Grundlagen des Berichts nach den Sätzen 3 und 4 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. März 2024 fest.* Die Grundlagen des Berichts bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit legt **ab der 22. Legislaturperiode einmal in jeder Legislaturperiode** im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für **Bildung**, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie nach Anhörung der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung fest. Die Festlegung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen **erhebt ab der 22. Legislaturperiode einmal in jeder Legislaturperiode** aufgeschlüsselt nach Ländern, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflegesatzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären. Ferner **erhebt** der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Umfang des **Personals**, das die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 überschreitet, den Umfang des **Personals**, das nach Absatz 3 **vorgehalten** wird und die Anzahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchführen, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b **in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung** entwickelt und erprobt wurden oder die sich an den Zielen und der Konzeption **des Modellprojekts** nach § 8 Absatz 3b **in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung** orientieren. **Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab der 22. Legislaturperiode einmal in jeder Legislaturperiode über das Ergebnis der Erhebung** nach den Sätzen 3 und 4. Die Grundlagen **der Erhebung nach den Sätzen 3 und 4 und die Grundlagen** des Berichts **nach Satz 5** bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Geltendes Recht	Pflegeruordnungsgesetz
§ 113d	§ 113d
<p>Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen</p>	<p>Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen</p>
<p>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:</p>	<p>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:</p>
<p>1. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung,</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 3 bis 5 entsprechen,</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von personenzentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, für vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1,</p>	<p>3. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>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</p>	<p>4. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der wissenschaftlichen Expertisen nach § 12 Absatz 3 sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>5. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, personenzentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt.</p>	<p>5. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>Die Unterstützung nach Satz 2 soll insbesondere erfolgen durch</p>	<p>Die Unterstützung nach Satz 2 soll insbesondere erfolgen durch</p>
<p>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</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, von Assessmentinstrumenten und Konzepten zur Nutzung durch Pflegefachpersonen und Führungskräfte in der Pflege zu den Maßnahmen nach Satz 2 und die öffentliche Bereitstellung dieser Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte im Internet.</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>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 Pflegeberufe 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>	<p>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 Pflegeberufe 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>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	§ 113e
	Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen
	(1) Transformationsstellenanteile sind ein finanzieller Gegenwert, der aus nicht besetzten Stellenanteilen im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 resultiert und ausschließlich dazu dient, einen effizienten Personaleinsatz durch das Pflege- und Betreuungspersonal unterstützende oder entlastende technische oder digitale Systeme, die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind, zu gewährleisten.
	(2) Sofern in der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für eine vollstationäre Pflegeeinrichtung eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die zwischen der mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung im Sinne von § 113c Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und der höchstens zu vereinbarenden personellen Ausstattung im Sinne von § 113c Absatz 1 Nummer 2 und 3 liegt, kann die Pflegeeinrichtung im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 für bis zu 10 Prozent dieser Stellenanteile fiktive Transformationsstellenanteile vereinbaren. Diese sind in der Pflegesatzvereinbarung gesondert auszuweisen und gleichwertig zu regulär zu besetzender personeller Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal; insgesamt gilt als Höchstausstattung § 113c Absatz 1. Die entsprechenden Aufwendungen sind ausschließlich für die Finanzierung des Einsatzes von technischen oder digitalen Systemen nach Absatz 1 zu verwenden, die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind. Insoweit gilt § 82 Absatz 2 nicht.

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	<p>(3) Finanziert werden kann höchstens der Aufwand, der sich für den jeweiligen Transformationsstellenanteil bei Anwendung des Mindestentgelts nach der jeweils geltenden Pflegearbeitsbedingungenverordnung ergibt. Die Finanzierung kann nur erfolgen, soweit die Pflege- und Betreuungspersonal unterstützenden oder entlastenden technischen oder digitalen Systeme nicht anderweitig finanziert werden.</p>
	<p>(4) Die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, Daten zu den vereinbarten Transformationsstellenanteilen zu erfassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum Stichtag 1. Juli 2028 und danach jährlich über die Anzahl der vereinbarten Transformationsstellenanteile und die zugrunde gelegten Aufwendungen.</p>
	<p>(5) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 wird beauftragt, erstmalig zum 30. September 2027 einen Katalog von technischen oder digitalen Systemen zu erstellen und zu veröffentlichen, deren unterstützende oder entlastende Wirkung auf das Pflege- und Betreuungspersonal auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse oder systematischer Praxisevaluationen nachgewiesen ist. Der Katalog ist quartalsweise zu aktualisieren. Unter Einbezug der Daten nach Absatz 4 evaluiert das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege erstmalig bis zum 30. Juni 2030 und abschließend zum 30. Juni 2033 die Auswirkungen dieser Regelung.</p>
	<p>(6) Der Einsatz von Pflege- und Betreuungspersonal unterstützenden oder entlastenden technischen oder digitalen Systemen darf die Qualität der Pflege nicht beeinträchtigen, die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen nicht einschränken und die Sicherheit der Versorgung nicht gefährden.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	§ 115
Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung	Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung
(1) – (4) [...]	(1) – (4) un verändert
<p>(5) Stellen der Medizinische Dienst oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege oder in der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die weitere Versorgung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege oder die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.</p>	<p>(5) Stellen der Medizinische Dienst oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege oder in der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die weitere Versorgung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege oder die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 3 zu beachten. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.</p>
(6) [...]	(6) un verändert
§ 120	§ 120
Pflegevertrag bei häuslicher Pflege	Pflegevertrag bei häuslicher Pflege
(1) – (3) [...]	(1) – (3) un verändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(4) Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 und seiner ergänzenden Unterstützungsleistungen im Sinne des § 39a ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten. Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen nach Satz 1 den von der Pflegekasse mit Bescheid festgelegten und von ihr zu zahlenden leistungsrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach § 89 vereinbarte Vergütung berechnen.</p>	<p>(4) Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 und seiner ergänzenden Unterstützungsleistungen im Sinne des § 40c ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten. Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen nach Satz 1 den von der Pflegekasse mit Bescheid festgelegten und von ihr zu zahlenden leistungsrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach § 89 vereinbarte Vergütung berechnen.</p>
<p>Dreizehntes Kapitel</p>	<p>Dreizehntes Kapitel</p>
<p>Befristete Modellvorhaben</p>	<p>Befristete Modellvorhaben</p>
<p>§ 122</p>	<p>§ 122</p>
<p>Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung</p>	<p>Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung</p>
<p>(1) – (3) [...]</p>	<p>(1) – (3) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(4) Für die Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 3 kann der Spitzenverband 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 Spitzenverband 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.</p>	<p>(4) Für die Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 3 kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Mittel nach § 11 Absatz 1 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 Spitzenverband 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.</p>
<p>(5) [...]</p>	<p>(5) u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 125	§ 125
Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur	entfällt
<p><i>Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zusätzlich 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2020 bis 2024 zur Verfügung gestellt. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Maßnahmen in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu planen und durchzuführen sind.</i></p>	
§ 125a	§ 125a
Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege	Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege
<p><i>(1) Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 5 Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt.</i></p>	entfällt
<p><i>(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.</i></p>	entfällt

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft und mit der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege. [...]</p>	<p>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft und mit der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege.</p>
<p>§ 125b</p>	<p>§ 125b</p>
<p>Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege</p>	<p>entfällt</p>
<p>(1) <i>Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet. Die Aufgaben des Kompetenzzentrums umfassen:</i></p>	
<p>1. <i>regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege,</i></p>	
<p>2. <i>Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege, unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 78a,</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>3. <i>Prüfung und Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung bei der Vermittlung von Plätzen und Angeboten im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege und Erarbeitung von Empfehlungen, und</i></p>	
<p>4. <i>Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegende und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen.</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>(2) Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Satz 1 ergeben. Dieser Finanzierungsanteil kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und, soweit vorhanden, mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere bei der Umsetzung der Aufgaben nach Absatz 1 beteiligt werden, sofern diese einen Bezug zur Telematikinfrastruktur aufweisen. Ebenso ist die oder der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit ins Benehmen zu setzen, sofern datenschutzrechtliche Belange betroffen sind. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 Satz 5, 8 und 12 entsprechend.</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>(3) Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.</i></p>	
<p><i>(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige. Begleitung und Auswertung erfolgen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Arbeit des Kompetenzzentrums. Die unabhängigen Sachverständigen haben Berichte über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, erstmals zum 1. März 2024, einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, des Deutschen Pflegerates, der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege.</i></p>	
<p><i>(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite.</i></p>	

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 125c	§ 125c
Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung	Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung
<p>Der Spitzenverband 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, 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.</p>	<p>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen führt in den Jahren 2026 und 2027 aus den Mitteln nach § 11 Absatz 1 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, 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.</p>
§ 125d	§ 125d
Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen	Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen
<p>(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</p>	<p>(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann in den Jahren 2026 bis 2028 aus den Mitteln nach § 11 Absatz 1 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung von zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2 vereinbaren. Gegenstand der Erprobung sind</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
1. der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch die Abwalmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 sowie	1. un verändert
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. un verändert
(2) – (3) [...]	(2) – (3) un verändert
Fünfzehntes Kapitel	Fünfzehntes Kapitel
Bildung eines Pflegevorsorgefonds	Bildung eines Pflegevorsorgefonds
§ 134	§ 134
Verwaltung und Anlage der Mittel	Verwaltung und Anlage der Mittel
(1) – (3) [...]	(1) – (3) un verändert
	(4) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft bis zum Jahresende 2027 Möglichkeiten zur Weiterentwicklung oder zum Umbau des Pflegevorsorgefonds, insbesondere hinsichtlich Änderungen der Einzahlungs- und Auszahlungsphase sowie zur Optimierung der Anlagestruktur unter Berücksichtigung der Rendite-Risiko-Struktur.
§ 135	§ 135
Zuführung der Mittel	Zuführung der Mittel
(1) – (3) [...]	(1) – (3) un verändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(4) Abweichend von Absatz 1 beträgt die Zuführung an das Sondervermögen für die Jahre 2024 bis 2027 jährlich 700 Millionen Euro. Sie erfolgt monatlich zum 20. des Monats in zwölf Raten in Höhe von jeweils einem Zwölftel des Jahresbetrages. <i>Nach</i> dem Jahr 2027 werden die Zuführungen an das Sondervermögen nach Absatz 1 wieder aufgenommen.</p>	<p>(4) Abweichend von Absatz 1 beträgt die Zuführung an das Sondervermögen für die Jahre 2024 bis 2028 jährlich 700 Millionen Euro sowie im Jahr 2029 1,2 Milliarden Euro. Sie erfolgt monatlich zum 20. des Monats in zwölf Raten in Höhe von jeweils einem Zwölftel des Jahresbetrages. Ab dem Jahr 2030 werden die Zuführungen an das Sondervermögen nach Absatz 1 wieder aufgenommen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Sechzehntes Kapitel	Sechzehntes Kapitel
Überleitungs- und Übergangsrecht	Überleitungs- und Übergangsrecht
Erster Abschnitt	Erster Abschnitt
<p>Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs</p>	<p>Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie weitere Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren</p>
	<p>§ 142b</p>
	<p>Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027</p>
	<p>(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts; im Fall von Wiederholungsbegutachtungen ist der Zeitpunkt der Feststellung maßgeblich.</p>
	<p>(2) Die Zuordnung zu den Pflegegraden nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht bleibt bis zur Vornahme einer Neubegutachtung und der nachfolgenden Einstufung durch die Pflegekasse bestehen; diese kann nicht zu dem Verlust des bestehenden Pflegegrades allein aufgrund der Anpassung der Schwellenwerte nach § 15 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 7 und der Bewertungssystematik in Anlage 2 zu § 15 führen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
	§ 142c
	Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3
	Das Gutachten nach § 18b hat Feststellungen gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erst bei Antragstellungen gemäß § 33 Absatz 1 ab dem 1. Januar 2028 zu enthalten.
Zweiter Abschnitt	Zweiter Abschnitt
Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen	Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen
§ 144	§ 144
Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung	Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung
(1) – (2) [...]	(1) – (2) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(3) Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.</p>	<p>(3) Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2026 Leistungen nach den §§ 43 und 43c beziehen, findet die zu diesem Zeitpunkt erreichte Stufe des Leistungszuschlags nach § 43c in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung ab dem 1. Januar 2027 weiterhin Anwendung. Dies gilt, bis die Pflegebedürftigen die Anzahl an Monaten des Bezugs von Leistungen nach § 43 erreicht haben, ab der gemäß § 43c in der ab dem 1. Januar 2027 geltenden Fassung die jeweils nächsthöhere Leistungszuschlagsstufe gilt; ab diesem Zeitpunkt findet § 43c in der ab dem 1. Januar 2027 geltenden Fassung Anwendung.</p>
<p>(4) Die im Jahr 2015 gemäß § 45c zur Verfügung gestellten Fördermittel, die nach § 45c Absatz 5 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung auf das Folgejahr 2016 übertragen und bis zum Ende des Jahres 2016 in den Ländern nicht in Anspruch genommen worden sind, können im Jahr 2017 gemäß § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung von den Ländern beantragt werden, die im Jahr 2015 mindestens 80 Prozent der auf sie gemäß § 45c Absatz 5 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.</p>	<p>(4) Die §§ 7a und 7b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung finden bis zu dem in § 7c Absatz 1 Satz 1 genannten Datum weiterhin Anwendung. Rechtliche Verweisungen auf die Pflegebegleitung nach § 7c gelten bis zu diesem Datum als Verweisungen auf die Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung. § 94 Absatz 1 Nummer 8 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung findet bis zu dem in § 7c Absatz 1 Satz 1 genannten Datum weiterhin auch auf das Ausstellen von Beratungsgutscheinen gemäß § 7b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung Anwendung.</p>
<p>(5) [...]</p>	<p>(5) unverändert</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(6) <i>Die Leistungsbeträge, die für Leistungen der Verhinderungspflege gemäß § 39 sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 verbraucht worden sind, werden auf den Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.</i></p>	<p>(6) § 8 Absatz 3b findet in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung, soweit dies für die Abwicklung der Förderung oder Verwertung der Ergebnisse erforderlich ist.</p>
	<p>(7) Für Pflegebedürftige, die sich in vollstationärer Pflege befinden und innerhalb des Jahres 2026 einen Zuschuss gemäß § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung bezogen haben, findet § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung.</p>
<p>§ 146a</p>	<p>§ 146a</p>
<p>Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege</p>	<p>Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege</p>
<p>(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</p>	<p>(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</p>
<p>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</p>	<p>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</p>
<p>2. die pflegerische Versorgung weiterhin innerhalb des Klausurbereichs einer Ordenseinrichtung erbracht und durch diese sichergestellt wird.</p>	<p>2. die pflegerische Versorgung weiterhin innerhalb des Klausurbereichs einer Ordenseinrichtung erbracht und durch diese sichergestellt wird.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>Der Anspruch ist in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad je Kalendermonat auf die Höhe der Beträge nach § 43 Absatz 2 Satz 2 <i>und</i> Absatz 3 begrenzt. Weitere Ansprüche auf Leistungen nach den §§ 36 bis 45h stehen den Pflegebedürftigen daneben nicht zu.</p>	<p>Der Anspruch ist in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad je Kalendermonat auf die Höhe der Beträge nach § 43 Absatz 2 Satz 2 begrenzt. Weitere Ansprüche auf Leistungen nach den §§ 36 bis 45h stehen den Pflegebedürftigen daneben nicht zu.</p>
(2) [...]	(2) unverändert
	<p>(3) Für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1, für die der Anspruch nach Absatz 1 innerhalb des Jahres 2026 auf die Höhe des Betrages nach § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung begrenzt war, findet Absatz 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung in Verbindung mit § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung.</p>
Anlage 2	Anlage 2
<p>(zu § 15) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte) Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul</p>	<p>(zu § 15) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte) Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul</p>

Geltendes Recht

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2

3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4	Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
			0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
			0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
			0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7	Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8	Haushaltsführung							

Pflegeneuordnungsgesetz

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste		
1	Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 6	7 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte

							im Mo- dul 1	
			0	2,5	5	7,5	10	Ge- wich- tete Punkte im Mo- dul 1
2	Kognitive und kommuni- kative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzel- punkte im Mo- dul 2
3	Verhaltens- weisen und psychische Problemla- gen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzel- punkte im Mo- dul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Mo- dul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Ge- wich- tete Punkte für die Module 2 und 3
4	Selbstver- sorgung	40 %	0 – 3	4 – 9	10 – 24	25 – 39	40 – 54	Summe der Einzel- punkte im Mo- dul 4
			0	10	20	30	40	Ge- wich- tete Punkte im Mo- dul 4
5	Bewälti- gung von und selb- ständiger Umgang mit krankheits- oder thera- piebeding- ten Anfor- derungen und Belas- tungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzel- punkte im Mo- dul 5
			0	5	10	15	20	Ge- wich- tete Punkte im Mo- dul 5
6	Gestaltung des Alltagsle- bens und sozialer Kontakte	15 %	0 – 1	2 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzel- punkte im Mo- dul 6
			0	3,75	7,5	11,25	15	Ge- wich- tete Punkte im Mo- dul 6

7 Außer-häusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.	
8 Haushaltsführung			

Artikel 2

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)</p>	<p>Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)</p>
<p>(- SGB 11) vom: 26.05.1994 - Zuletzt geändert durch Art. 12 G v. 22.12.2025 I Nr. 355 Änderung durch Art. 8 G v. 16.4.2026 I Nr. 107</p>	<p>(- SGB 11) vom: 26.05.1994 - Zuletzt geändert durch Art. 12 G v. 22.12.2025 I Nr. 355 Änderung durch Art. 8 G v. 16.4.2026 I Nr. 107</p>
<p>Sechstes Kapitel</p>	<p>Sechstes Kapitel</p>
<p>Finanzierung</p>	<p>Finanzierung</p>
<p>Erster Abschnitt</p>	<p>Erster Abschnitt</p>
<p>Beiträge</p>	<p>Beiträge</p>
<p>§ 55</p>	<p>§ 55</p>
<p>Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung</p>	<p>Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung</p>
<p>(1) – (3a) [...]</p>	<p>(1) – (3a) unverändert</p>
	<p>(3b) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhöht sich für Mitglieder, von denen die Versicherung eines Ehegatten oder eines Lebenspartners nach § 25 abgeleitet wird, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,52 Beitragssatzpunkten. § 242b Absatz 1 Satz 2 und 3 und Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches gilt entsprechend.</p>
<p>(4) – (5) [...]</p>	<p>(4) – (5) unverändert</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 56	§ 56
Beitragsfreiheit	Beitragsfreiheit
(1) <i>Familienangehörige sind für die Dauer der Familienversicherung nach § 25 beitragsfrei.</i>	(1) Kinder sind für die Dauer der Familienversicherung nach § 25 beitragsfrei. Für nach § 25 versicherte Ehegatten und Lebenspartner werden Beiträge nach Maßgabe des § 55 Absatz 3b erhoben.
(2)- (5) [...]	(2) – (5) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Zweiter Abschnitt	Zweiter Abschnitt
Übermittlung von Leistungsdaten, Nutzung der Telematikinfrastuktur	Übermittlung von Leistungsdaten, Nutzung der Telematikinfrastuktur
§ 106a	§ 106a
Mitteilungspflichten	Mitteilungspflichten
<p><i>Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachpersonen sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln. Das Formular nach § 37 Abs. 4 Satz 2 wird unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt. Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.</i></p>	<p>Pflegebegleitpersonen, die Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 6 durchführen, sind mit Einwilligung der Versicherten berechtigt und verpflichtet, den Pflegekassen, den privaten Versicherungsunternehmen sowie den Beihilfefestsetzungsstellen mitzuteilen, dass sie die Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 6 durchgeführt haben. Ist die Pflege nach § 7c Absatz 6 Satz 6 nicht sichergestellt, haben die Pflegebegleitpersonen die Pflegekassen, die privaten Versicherungsunternehmen sowie die Beihilfefestsetzungsstellen auch dann entsprechend zu informieren, wenn die Versicherten nicht einwilligen (§ 7c Absatz 7 Satz 2). Gleiches gilt, wenn die Pflege nach § 7c Absatz 5 Satz 4 nicht sichergestellt ist.</p>

Artikel 3

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)</p>	<p>Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)</p>
<p>(- SGB 5) vom: 20.12.1988 - Zuletzt geändert durch Art. 8 G v. 3.2.2026 I Nr. 28 Änderung durch Art. 4 G v. 16.4.2026 I Nr. 107</p>	<p>(- SGB 5) vom: 20.12.1988 - Zuletzt geändert durch Art. 8 G v. 3.2.2026 I Nr. 28 Änderung durch Art. 4 G v. 16.4.2026 I Nr. 107</p>
<p>Drittes Kapitel</p>	<p>Drittes Kapitel</p>
<p>Leistungen der Krankenversicherung</p>	<p>Leistungen der Krankenversicherung</p>
<p>Erster Abschnitt</p>	<p>Erster Abschnitt</p>
<p>Übersicht über die Leistungen</p>	<p>Übersicht über die Leistungen</p>
<p>§ 11</p>	<p>§ 11</p>
<p>Leistungsarten</p>	<p>Leistungsarten</p>
<p>(1) – (3) [...]</p>	<p>(1) – (3) unverändert</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit <i>Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches</i> zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach § 140a nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.</p>	<p>(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegebegleitpersonen, die eine Pflegebegleitung nach § 7c des Elften Buches durchführen, zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach § 140a nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.</p>
<p>(5) – (6) [...]</p>	<p>(5) – (6) u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Dritter Abschnitt	Dritter Abschnitt
<p>Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft</p>	<p>Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft</p>
§ 20	§ 20
Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	Primäre Prävention und Gesundheitsförderung
<p>(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.</p>	<p>(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange sowie die Belange der älteren und der pflegebedürftigen Menschen berücksichtigen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.</p>
(2) – (6) [...]	(2) – (6) unverändert
§ 20b	§ 20b
Betriebliche Gesundheitsförderung	Betriebliche Gesundheitsförderung
(1) – (2) [...]	(1) – (2) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen, insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches, unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1, die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen und der für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände durch Kooperationsvereinbarungen. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.</p>	<p>(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen, insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches, unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1, die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen und der für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände durch Kooperationsvereinbarungen. Sie vereinbaren auch Grundsätze zu Inhalten und Umfang der Förderung von örtlichen, überbetrieblichen Netzwerken nach Satz 2 in Form von Projektförderung. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.</p>
(4) [...]	(4) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 20c	§ 20c
<p>Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren</p>	<p>Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung</p>
<p>(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.</p>	<p>(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihren Aufgaben zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 des Sechsten Buches. Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen. Sofern der Krankenkasse Erkenntnisse vorliegen, die darauf hinweisen, dass bei Versicherten erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden könnten, weisen sie diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen zur Prävention nach § 14 des Sechsten Buches durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung hin.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.</p>	<p>(2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.</p>
Vierter Abschnitt	Vierter Abschnitt
Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten	Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten
§ 25	§ 25
Gesundheitsuntersuchungen	Gesundheitsuntersuchungen
(1) – (2) [...]	(1) – (2) unverändert
	<p>(2a) Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, haben ergänzend Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen. Die Untersuchungen umfassen insbesondere die Erhebung von Befunden, die geeignet sind, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen, sowie die Beratung zu Maßnahmen, die der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Erhaltung einer eigenständigen Lebensführung dienen. Hinweise gemäß § 25b Absatz 1 und 4 sind bei den Untersuchungen zu berücksichtigen.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 <i>und</i> 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass</p>	<p>(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1, 2 und 2a ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass</p>
<p>1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.</p>	<p>3. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.</p>	<p>Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(4) Die Untersuchungen nach <i>Ab-satz 1 und 2</i> sollen, soweit berufsrechtlich zulässig, zusammen angeboten werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss be-stimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nä-here über Inhalt, Art und Umfang der Un-tersuchungen sowie die Erfüllung der Vo-raussetzungen nach Absatz 3. Ferner be-stimmt er für die Untersuchungen die Ziel-gruppen, Altersgrenzen und die Häufigkeit der Untersuchungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventions-empfehlung nach Absatz 1 Satz 2. Im Übri-gen beschließt der Gemeinsame Bundes-ausschuss erstmals bis zum 31. Juli 2018 in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Gesundheitsuntersuchungen nach Ab-satz 1 zur Erfassung und Bewertung ge-sundheitlicher Risiken und Belastungen so-wie eine Anpassung der Richtlinie im Hin-blick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizi-nisch bedeutsamen Krankheiten. Die Frist nach Satz 5 verlängert sich in dem Fall ei-ner Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.</p>	<p>(4) Die Untersuchungen nach den Absätzen 1, 2 und 2a sollen, soweit be-rufsrechtlich zulässig, zusammen angebo-ten werden. Der Gemeinsame Bundesaus-schuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Um-fang der Untersuchungen sowie die Erfül-lung der Voraussetzungen nach Absatz 3. Ferner bestimmt er für die Untersuchungen die Zielgruppen, Altersgrenzen und die Häufigkeit der Untersuchungen. Der Ge-meinsame Bundesausschuss regelt erst-mals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2. Im Übrigen beschließt der Gemein-same Bundesausschuss erstmals bis zum 31. Juli 2018 in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Gesundheitsuntersuchun-gen nach Absatz 1 zur Erfassung und Be-wertung gesundheitlicher Risiken und Be-lastungen sowie eine Anpassung der Richt-linie im Hinblick auf Gesundheitsuntersu-chungen zur Früherkennung von bevölke-rungsmedizinisch bedeutsamen Krankhei-ten. Die Frist nach Satz 5 verlängert sich in dem Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Dezember 2027 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der medizinischen Leistungen zur Früh-erkennung und Prävention altersbeding-ter gesundheitlicher Risiken, Belastun-gen und Erkrankungen nach Absatz 2a.</p>
<p>(4a) [...] </p>	<p>(4a) un v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(5) In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ferner zu regeln, dass die Durchführung von Maßnahmen nach den Absätzen 1 <i>und</i> 2 von einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig ist, wenn es zur Sicherung der Qualität der Untersuchungen geboten ist, dass Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken oder die teilnehmenden Ärzte eine Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder besondere technische Einrichtungen vorgehalten werden oder dass besonders qualifiziertes nichtärztliches Personal mitwirkt. Ist es erforderlich, dass die teilnehmenden Ärzte eine hohe Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder dass bei der Leistungserbringung Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken, legen die Richtlinien außerdem Kriterien für die Bemessung des Versorgungsbedarfs fest, so dass eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung gewährleistet ist. Die Auswahl der Ärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt auf der Grundlage der Bewertung ihrer Qualifikation und der geeigneten räumlichen Zuordnung ihres Praxissitzes für die Versorgung im Rahmen eines in den Richtlinien geregelten Ausschreibungsverfahrens. Die Genehmigung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen kann befristet und mit für das Versorgungsziel notwendigen Auflagen erteilt werden.</p>	<p>(5) In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ferner zu regeln, dass die Durchführung von Maßnahmen nach den Absätzen 1, 2 und 2a von einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig ist, wenn es zur Sicherung der Qualität der Untersuchungen geboten ist, dass Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken oder die teilnehmenden Ärzte eine Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder besondere technische Einrichtungen vorgehalten werden oder dass besonders qualifiziertes nichtärztliches Personal mitwirkt. Ist es erforderlich, dass die teilnehmenden Ärzte eine hohe Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder dass bei der Leistungserbringung Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken, legen die Richtlinien außerdem Kriterien für die Bemessung des Versorgungsbedarfs fest, so dass eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung gewährleistet ist. Die Auswahl der Ärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt auf der Grundlage der Bewertung ihrer Qualifikation und der geeigneten räumlichen Zuordnung ihres Praxissitzes für die Versorgung im Rahmen eines in den Richtlinien geregelten Ausschreibungsverfahrens. Die Genehmigung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen kann befristet und mit für das Versorgungsziel notwendigen Auflagen erteilt werden.</p>
Fünfter Abschnitt	Fünfter Abschnitt
Leistungen bei Krankheit	Leistungen bei Krankheit
Erster Titel	Erster Titel
Krankenbehandlung	Krankenbehandlung
§ 39	§ 39
Krankenhausbehandlung	Krankenhausbehandlung
(1) [...]	(1) unverändert

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch. Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser Leistungen nach § 33a und die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 12 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 7 und 12 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 8, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch. Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser Leistungen nach § 33a und die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 12 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 7 und 12 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 8, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit

Geltendes Recht	Pflegerneuerordnungsgesetz
<p>den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Information sowie die Einwilligung müssen schriftlich oder elektronisch erfolgen.</p>	<p>den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag. Die Vertragspartner haben in dem Rahmenvertrag nach Satz 11 ergänzend zu regeln, dass die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Begleitung mit Einwilligung des Patienten in gesicherter elektronischer Form an die für die Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d des Elften Buches zuständige Stelle übermittelt werden können. Die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle ist dem Patienten vor dessen Einwilligung von der Pflegekasse konkret zu benennen. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Information sowie die Einwilligung müssen schriftlich oder elektronisch erfolgen.</p>
(2) – (5) [...]	(2) – (5) un verändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
§ 39b	§ 39b
Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen	Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen
<p>(1) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. Die Krankenkasse leistet bei Bedarf Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme. Die Beratung soll mit der <i>Pflegeberatung nach § 7a</i> des Elften Buches und anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsangeboten abgestimmt werden. Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung des Versicherten mitwirken, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen oder händigt dem Versicherten zu diesem Zweck ein entsprechendes Begleitschreiben aus. Maßnahmen nach dieser Vorschrift und die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten erfolgen. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen.</p>	<p>(1) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. Die Krankenkasse leistet bei Bedarf Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme. Die Beratung soll mit der Pflegebegleitung nach § 7c des Elften Buches und anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsangeboten abgestimmt werden. Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung des Versicherten mitwirken, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen oder händigt dem Versicherten zu diesem Zweck ein entsprechendes Begleitschreiben aus. Maßnahmen nach dieser Vorschrift und die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten erfolgen. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen.</p>
(2) [...]	(2) un verändert
§ 40	§ 40
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
(1) – (2) [...]	(1) un verändert

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches. Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. Von der vertragsärztlichen Verordnung anderer Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt. Die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist den Versicherten und mit deren Einwilligung in Textform auch den verordnenden Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkasse teilt den Versicherten und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten das Ergebnis ihrer Entscheidung in schriftlicher oder elektronischer Form mit und begründet die Abweichungen von der Verordnung. Mit Einwilligung der Versicherten in Textform übermittelt die Krankenkasse ihre Entscheidung schriftlich oder elektronisch den Angehörigen und Vertrauenspersonen der Versicherten sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen. Vor der Verordnung informieren die Ärztinnen und Ärzte die Versicherten über die Möglichkeit, eine Einwilligung nach Satz 5 zu erteilen, fragen die Versicherten, ob sie in eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung durch die Krankenkasse an die in Satz 7 genannten Personen oder Einrichtungen einwilligen und teilen der Krankenkasse anschließend den Inhalt einer abgegebenen Einwilligung mit. Die Aufgaben der Krankenkasse als

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches. **Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde; bei einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme soll das Therapieziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit besonders berücksichtigt werden.** Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. Von der vertragsärztlichen Verordnung anderer Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt. Die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist den Versicherten und mit deren Einwilligung in Textform auch den verordnenden Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkasse teilt den Versicherten und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten das Ergebnis ihrer Entscheidung in schriftlicher oder elektronischer Form mit und begründet die Abweichungen von der Verordnung. Mit Einwilligung der Versicherten in Textform übermittelt die Krankenkasse ihre Entscheidung schriftlich oder elektronisch den Angehörigen und Vertrauenspersonen der Versicherten sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen. Vor der Verordnung informieren die Ärztinnen und Ärzte die Versicherten über die Möglichkeit, eine Einwilligung nach Satz 5 zu erteilen, fragen die Versicherten, ob sie in eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung durch die

Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch bleiben von den Sätzen 1 bis 4 unberührt. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 bis zum 31. Dezember 2021 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3 und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, mit Ausnahme von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation, die als ambulante Leistungen nach Absatz 1 in der Regel für 20 Behandlungstage oder als stationäre Leistungen nach Absatz 2 in der Regel für drei Wochen erbracht werden sollen. Eine Verlängerung der Leistungen nach Satz 11 ist möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. Satz 11 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 16 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. *Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag für*

Krankenkasse an die in Satz 7 genannten Personen oder Einrichtungen einwilligen und teilen der Krankenkasse anschließend den Inhalt einer abgegebenen Einwilligung mit. Die Aufgaben der Krankenkasse als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch bleiben von den Sätzen 1 bis 4 unberührt. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 bis zum 31. Dezember 2021 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3 und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, mit Ausnahme von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation, die als ambulante Leistungen nach Absatz 1 in der Regel für 20 Behandlungstage oder als stationäre Leistungen nach Absatz 2 in der Regel für drei Wochen erbracht werden sollen. Eine Verlängerung der Leistungen nach Satz 11 ist möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. Satz 11 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 16 gilt

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p><i>das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022, für das Jahr 2022 bis zum 30. September 2023 und für das Jahr 2023 bis zum 30. September 2024 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden.</i></p>	<p>nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit für die Jahre 2021 bis 2026 bis zum 30. September 2027 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung und Hürden in der Inanspruchnahme von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden.</p>
(3a) – (7) [...]	(3a) – (7) unverändert
Zweiter Abschnitt	Zweiter Abschnitt
Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten	Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten
Erster Titel	Erster Titel
Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung	Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung
§ 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) [...]	(1) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(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 den Leistungserbringern erbringen oder verordnen, mit denen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene 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>(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 den Leistungserbringern erbringen oder verordnen, mit denen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene 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 § 12 Absatz 3 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) – (4) [...]</p>	<p>(3) – (4) u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert 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.</p>	<p>(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert 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 § 12 Absatz 3 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.</p>

Artikel 4

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337)	Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337)
(- SGB 6) vom: 18.12.1989 - zuletzt geändert durch Art. 62 Abs. 4 G v. 4.2.2026 I Nr. 33 Änderung durch Art. 5 G v. 16.4.2026 I Nr. 107	(- SGB 6) vom: 18.12.1989 - zuletzt geändert durch Art. 62 Abs. 4 G v. 4.2.2026 I Nr. 33 Änderung durch Art. 5 G v. 16.4.2026 I Nr. 107
Erstes Kapitel	Erstes Kapitel
Versicherter Personenkreis	Versicherter Personenkreis
Erster Abschnitt	Erster Abschnitt
Versicherung kraft Gesetzes	Versicherung kraft Gesetzes
§ 3	§ 3
Sonstige Versicherte	Sonstige Versicherte
Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,	Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,
1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),	1. u n v e r ä n d e r t

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,</p>	<p>1a. un v e r ä n d e r t</p>
<p>2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,</p>	<p>2. un v e r ä n d e r t</p>
<p>2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren; sind zwischen dem Einsatzunfall und der Einstellung in ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art nicht mehr als sechs Wochen vergangen, gilt das Wehrdienstverhältnis besonderer Art als mit dem Tag nach Ende einer Versicherungspflicht nach Nummer 2 begonnen,</p>	<p>2a. un v e r ä n d e r t</p>
<p>2b. in der sie als ehemalige Soldaten auf Zeit Übergangsbühnisse beziehen, es sei denn, sie sind für die Zeiten als Soldaten auf Zeit nach § 186 nachversichert worden,</p>	<p>2b. un v e r ä n d e r t</p>
<p>3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches,</p>	<p>3. un v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeits-einkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches,</p>	<p>3a. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.</p>	<p>4. u n v e r ä n d e r t</p>

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
<p>Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen an Selbständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nummer 2b bis 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.</p>	<p>Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, sind nach Ablauf des Monats, in dem sie die Regelaltersgrenze erreicht haben, nicht nach Satz 1 Nummer 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen an Selbständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nummer 2b bis 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.</p>
Zweiter Titel	Zweiter Titel
Beitragsbemessungsgrundlagen	Beitragsbemessungsgrundlagen
§ 166	§ 166
Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter	Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter
(1) [...]	(1) unverändert

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer	(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer
1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches	1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches
a) <i>100 vom Hundert</i> der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich <i>Pflegegeld</i> nach § 37 des Elften Buches bezieht,	a) 70 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Entlastungsbudget nach § 37 des Elften Buches bezieht,
b) <i>85 vom Hundert</i> der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person <i>Kombinationsleistungen</i> nach § 38 des Elften Buches bezieht,	b) 59,5 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person die Kombinationsleistung nach § 38 des Elften Buches bezieht,
c) <i>70 vom Hundert</i> der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich <i>Pflegesachleistungen</i> nach § 36 des Elften Buches bezieht,	c) 49 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Sachleistungsbudget nach § 36 des Elften Buches bezieht,
2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 des Elften Buches	2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 des Elften Buches
a) <i>70 vom Hundert</i> der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich <i>Pflegegeld</i> nach § 37 des Elften Buches bezieht,	a) 49 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Entlastungsbudget nach § 37 des Elften Buches bezieht,
b) <i>59,5 vom Hundert</i> der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person <i>Kombinationsleistungen</i> nach § 38 des Elften Buches bezieht,	b) 41,65 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person die Kombinationsleistung nach § 38 des Elften Buches bezieht,
c) <i>49 vom Hundert</i> der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person <i>ausschließlich Pflegesachleistungen</i> nach § 36 des Elften Buches bezieht,	c) 34,3 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Sachleistungsbudget nach § 36 des Elften Buches bezieht,
3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches	3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches

Geltendes Recht	Pflegerneuordnungsgesetz
a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich <i>Pflegegeld</i> nach § 37 des Elften Buches bezieht,	a) 30,1 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Entlastungsbudget nach § 37 des Elften Buches bezieht,
b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person <i>Kombinationsleistungen</i> nach § 38 des Elften Buches bezieht,	b) 25,585 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person die Kombinationsleistung nach § 38 des Elften Buches bezieht,
c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich <i>Pflegesachleistungen</i> nach § 36 des Elften Buches bezieht,	c) 21,07 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Sachleistungsbudget nach § 36 des Elften Buches bezieht,
4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches	4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches
a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich <i>Pflegegeld</i> nach § 37 des Elften Buches bezieht,	a) 18,9 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Entlastungsbudget nach § 37 des Elften Buches bezieht,
b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person <i>Kombinationsleistungen</i> nach § 38 des Elften Buches bezieht,	b) 16,065 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person die Kombinationsleistung nach § 38 des Elften Buches bezieht,
c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich <i>Pflegesachleistungen</i> nach § 36 des Elften Buches bezieht.	c) 13,23 Prozent der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich das Sachleistungsbudget nach § 36 des Elften Buches bezieht.
Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.	Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 4 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.
(3) (weggefallen)	(3) u n v e r ä n d e r t

Artikel 6

Geltendes Recht	Pflegeneuordnungsgesetz
Verordnung über die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene	Verordnung über die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene
(Pflegeberufebeteiligungsverordnung - PflBBetV) vom 10. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 41)	(Pflegeberufebeteiligungsverordnung - PflBBetV) vom 10. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 41)
§ 7	§ 7
Erstattung von Reisekosten und Ersatz des Verdienstauffalls	Erstattung von Reisekosten und Ersatz des Verdienstauffalls
(1) [...]	(1) un verändert
(2) [...]	(3) un verändert
(3) Die Kosten nach Absatz 1 werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gemäß § 8 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch getragen.	(3) Die Kosten nach Absatz 1 werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gemäß § 113b Absatz 11 des Elften Buches Sozialgesetzbuch getragen.