

Anlagenkonvolut zum
Kurzprotokoll der 69. Sitzung
des Ausschusses für Gesundheit
am 24. März 2023

Änderungsantrag 1

der Fraktion CDU/CSU

zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege

(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

BT-Drs. 20/6544

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

*(Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungs- und
Kurzzeitpflege)*

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

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

„§ 42b

Gemeinsamer Jahresbetrag

(1) Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3 386 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

(2) Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. Werden Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht und wird deren Abrechnung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen, ist durch den Leistungserbringer bis zum Ablauf dieses Zeitraums die Leistungserbringung und deren Umfang gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen.

(3) Erbringen Pflegeeinrichtungen Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege, haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder

auszuhändigen; auf der Übersicht ist deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden. Sofern es sich bei den Leistungserbringenden nicht um natürliche Personen handelt, finden die Sätze 1 und 2 auf andere Erbringer von Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege entsprechende Anwendung.“ ‘

2. In Artikel 2 werden zusätzlich die notwendigen Folgeänderungen analog des Referentenentwurfes zum PUEG zum gemeinsamen Jahresbetrag in der Inhaltsübersicht, der Titel sowie den §§ 7b, 28, 39, 42 und 45b ergänzt.
3. In Artikel 10 wird folgender Absatz angefügt:

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

Begründung

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

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

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

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

Änderungsantrag 2

der Fraktion CDU/CSU

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

BT-Drs. 20/6544

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

(Verordnungsermächtigung)

Artikel 1 Nummer 20 Buchstaben a und b werden gestrichen.

Begründung

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

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

Änderungsantrag 3

der Fraktion CDU/CSU

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

BT-Drs. 20/6544

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

(Strukturierte telefonische Begutachtung)

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

- a) In Satz 5 wird am Ende der Punkt durch ein „und“ ersetzt.
- b) In Satz 5 wird die folgende Nummer 3 wird eingefügt:

„3. sofern keine erstmalige Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, in geeigneten Fällen eine ortsunabhängige Begutachtung per Telefon oder mit Hilfe anderer digitaler Kommunikationsmittel durchgeführt werden kann und der Versicherte dem zugestimmt hat.“
- c) In Satz 8 wird nach „Nummer 2“ die Angabe „und 3“ eingefügt.

Begründung

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

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

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

Änderungsantrag 4

der Fraktion CDU/CSU

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

BT-Drs. 20/6544

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

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

1. Artikel 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

g) Die Angabe zu § 124 wird wie folgt gefasst:

„§ 124 Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier“ ‘

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

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

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

„§ 123

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

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

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

(3) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der in Absatz 1 genannten Zwecke durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, sodass insgesamt ein Fördervolumen von 100 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird.

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

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

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

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

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

§ 124

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

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

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

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

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

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

Begründung

Zu 1:

Folgeänderung im Inhaltsverzeichnis durch Einfügung Nr. 2.

Zu 2:

Mit diesem Änderungsantrag wird das zunächst im Referentenentwurf enthaltene, jedoch im weiteren Verlauf entfallene Förderprogramm für Modellvorhaben in leicht modifizierter Form wieder in das Gesetz aufgenommen.

Angesichts des demographischen Wandels und des Fachkräftemangels in der Pflege ist absehbar, dass vielerorts eine Anpassung der bestehenden pflegerischen Organisationsstrukturen – insbesondere in der Langzeitpflege – für eine adäquate, pflegerische Versorgung notwendig sind. Gerade die Kommunen stehen vor enormen

Herausforderungen, erforderliche Pflege- und Unterstützungsangebote vor Ort für Pflegebedürftige und deren Angehörige sicherzustellen. Da Kommunen die Bedürfnisse der Menschen sowie Versorgungsstrukturen und Akteure vor Ort am besten kennen, sind sie der Schlüssel für eine zukünftig flächendeckend und niedrigschwellig organisierte, bedarfsgerechte Pflege, durch auf die regionalen Bedürfnisse und Strukturen ausgerichtete Lösungen für eine moderne Pflege. Nur sie können einen wohnortnahen, an den Bedarfen ausgerichteten Versorgungsmix vor Ort organisieren und eine Pflegekultur als „caring Community“ etablieren.

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

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

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



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)101.2

23.05.2023

Berlin, den 23. Mai 2023

Änderungsantrag der Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE. im Ausschuss für Gesundheit

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

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

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

Begründung

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

Änderungsantrag 1

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drs. 20/6544

Zu Artikel 1, 9a und 10 (§ 142a SGB XI, § 282 FamFG, Inkrafttreten)

**(§ 142a SGB XI neu (telefonische Begutachtung);
redaktionelle Anpassung an die Neustrukturierung der §§ 18 ff. SGB XI)**

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Der Nummer 1 wird folgender Buchstabe g angefügt:

g) Nach der Angabe zu § 142 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 142a Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung“.

b) Folgende Nummer 49 wird angefügt:

49. Nach § 142 wird folgender § 142a eingefügt:

„§ 142a

Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung

(1) Um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen, hat der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Maßgaben des Absatzes 2 anzupassen. § 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 findet Anwendung.

(2) Den Anpassungen nach Absatz 1 sind die Ergebnisse mindestens einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 des Fünften Buches beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. Die Studien nach Satz 1 haben ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich gleichzusetzen sind. Eine Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ist ausgeschlossen, wenn

1. es sich um eine erstmalige Untersuchung des Antragstellers handelt, in der geprüft wird, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,
2. es sich um eine Untersuchung aufgrund eines Widerspruchs gegen eine Entscheidung der Pflegekasse zum festgestellten Pflegegrad handelt,

3. es sich um eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern handelt oder
4. die der Begutachtung unmittelbar vorangegangene Begutachtung das Ergebnis enthält, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 nicht vorliegt.

Sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt, angezeigt ist, sind in den Anpassungen nach Absatz 1 abschließend aufzuführen. Für Fallkonstellationen nach Satz 4 ist eine ergänzende oder alternative Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ausgeschlossen oder, sofern die Anwesenheit einer weiteren Person zur Unterstützung bei der Begutachtung angezeigt ist, nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich; die Anwesenheit der Unterstützungsperson ist vor Beginn der Begutachtung festzustellen. Gutachterinnen und Gutachtern, die strukturierte telefonische Interviews durchführen, müssen über Vorerfahrungen in der Begutachtung mittels persönlicher Untersuchung von Versicherten in deren Wohnbereich verfügen; weitere Einzelheiten zu der Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern sind in den Anpassungen nach Absatz 1 vorzugeben.

(3) § 17 Absatz 2 findet Anwendung. Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird frühestens am 15. August 2023 wirksam. Die Nichtbeanstandung der nach Absatz 1 angepassten Richtlinien kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.

(4) Mit Wirksamwerden der nach Absatz 1 vorgenommenen Anpassungen der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 kann abweichend von den entsprechenden Bestimmungen des zweiten Kapitels die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview vor. Der Antragsteller ist über sein Wahlrecht nach Satz 2 durch die Gutachterin oder den Gutachter zu informieren; die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(5) Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Für die Berichterstattung nach Satz 1 beauftragt der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation von Begutachtungen, die auf Grundlage der Anpassungen nach Absatz 1 durchgeführt werden; der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich vorzulegen.“ ‘

2. Nach Artikel 9 wird folgender Artikel 9a eingefügt:

„Artikel 9a

Änderung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen
und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit

In § 282 Absatz 1 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das zuletzt durch Artikel 22 des Gesetzes vom 22. Februar 2023 (BGBl. I Nr. 51) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 18“ durch die Angabe „§ 18b“ ersetzt.‘

3. In Artikel 10 Absatz 3 werden die Wörter „und Artikel 8“ durch die Wörter „sowie Artikel 8 und 9a“ ersetzt.

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe b (§ 142a neu)

Während der Coronavirus-Pandemie (SARS-CoV-2) war es zum Schutz pflegebedürftiger Personen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch das Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 147 Absatz 1 übergangsweise möglich, dass Pflegegutachten aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen erstellt werden. Zugleich waren die antragstellende Person und andere zur Auskunft fähige Personen, wie Angehörige, Nachbarn oder Ärztinnen und Ärzte von den Gutachterinnen und Gutachtern in strukturierten Interviews telefonisch oder auf digitalem Weg zu befragen.

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

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

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

besonderen Sorgfalt und Sensibilität der Gutachterinnen und Gutachter, um Pflegebedürftigkeit zutreffend feststellen zu können; dem kann bei einer Begutachtung allein durch eine Sprachübermittlung nicht verlässlich nachgekommen werden.

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

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

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

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

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

Zu Absatz 5

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

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 10 (Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18 ff. SGB XI). § 282 Absatz 1 FamFG verweist für das Verfahren zur Bestellung eines Betreuers auf die Verwendung eines bestehenden ärztlichen Gutachtens des Medizinischen Dienstes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, dessen Verfahren bisher

in § 18 SGB XI geregelt ist. Da die Regelungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit neu strukturiert wurden, ist die Verweisung entsprechend anzupassen. Den Inhalt des Gutachtens regelt nunmehr § 18b SGB XI.

Zu Nummer 3

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

Änderungsantrag 2

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drs. 20/6544

Zu Artikel 1 Nummer 3a (§ 7c SGB XI)

(Streichung der bisherigen Befristung des kommunalen Initiativrechts)

Nach Artikel 1 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingeführt:

„3a. In § 7c Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2023“ gestrichen.“

Begründung:

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

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

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

Zu Artikel 1 Nummer 43a (§§ 123, 124 SGB XI)

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

Nach Artikel 1 Nummer 43 wird folgende Nummer 43a eingefügt:

„43a. Die §§ 123 und 124 werden wie folgt gefasst:

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

(1) Im Zeitraum von 2025 bis 2028 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr aus dem Ausgleichsfonds regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden vor Ort und im Quartier. Die Förderung dient insbesondere dazu,

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

Die Förderung nach Satz 1 erfolgt, wenn die Modellvorhaben auf der Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Vorschriften auch durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft gefördert werden. Sie erfolgt jeweils in gleicher Höhe wie die Förderung, die vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 60 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht werden kann. Die Förderung von Modellvorhaben durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Satz 1 setzt voraus, dass diese den Empfehlungen nach Absatz 3 entsprechen, und erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

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

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

1. was die Ziele und der Inhalt der Förderung sind,
2. welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit die Förderung gewährt wird,
3. für welche Dauer die Förderung gewährt wird,
4. wie die Förderung durchgeführt wird,
5. nach welchem Verfahren die Fördermittel vergeben, ausgezahlt und abgewickelt werden,
6. welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel mit Zweckbindung genügen müssen, sowie wie im Einzelfall zu prüfen ist, ob die Nutzung von Mitteln und Möglichkeiten der Arbeitsförderung zweckentsprechend eingesetzt werden kann, und

7. wie die Zwischen- und Abschlussberichte der wissenschaftlichen Begleitung dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zugehen.

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

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

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

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

§ 124

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

(1) Für jedes Modellvorhaben nach § 123 haben Modellträger eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten.

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

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

(3) In der wissenschaftlichen Begleitung sind Zwischenberichte und Abschlussberichte über die Ergebnisse der Auswertungen der Modellvorhaben zu erstellen. Die Zwischenberichte müssen vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens zur

Hälfte der Laufzeit des Modellvorhabens dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden, die Abschlussberichte spätestens sechs Monate nach Ende des Modellvorhabens. Die Vorlage muss in barrierefreier Form erfolgen. Über die Veröffentlichung entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, mit den Ländern und mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

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

Begründung

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

Zu

Es werden innovative regionalspezifische Modellvorhaben zur Entwicklung von Maßnahmen und Strukturen gefördert, die Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen unterstützen. Die Modellvorhaben sollen einer Reihe von Verbesserungen dienen, die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden soll erleichtert werden. Dazu zählt auch die Verbesserung des Zugangs zu und der Nutzung von insbesondere regionalen Pflege- und Unterstützungsangeboten am Lebensort der Pflegebedürftigen und in der Nähe. Deshalb sollen die Modellvorhaben vor Ort und im Quartier durchgeführt und erprobt werden. Ein möglicher Ansatz kann eine Verzahnung verschiedener Angebote von unterschiedlichen Leistungsträgern und -erbringern wie Pflegekassen, Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen und ehrenamtlichen Angeboten mit kommunalen Angeboten und Diensten sein, um bessere Zugänge zu vorhandenen Hilfeleistungen zu schaffen und deren Transparenz zu erhöhen, auch indem Pflegeangebote untereinander digital vernetzt werden. Soweit dies sinnvoll erscheint, können ergänzend auch digitale Angebote einbezogen werden, die ggf. einen niedrigschwelligen Zugang hierzu schaffen. Ziel ist es ebenso, die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen, zum Beispiel durch Ansätze einer verbesserten Prävention oder zur Vermeidung von Pflegebedarf. Die Förderung der Modellvorhaben kann auch einer besseren Deckung des Fachkräftebedarfs sowie dem Auf- und Ausbau ehrenamtlicher Strukturen dienen.

Die innovativen Modellvorhaben sollen die Strukturen besonders im Hinblick auf eine intensivierte Unterstützung der häuslichen Pflege verbessern, die Situation der stationären Pflege und von anderen Wohnformen vor Ort und im Quartier sind dabei zu berücksichtigen. Dabei sollen unterschiedliche Pflege-, Wohn- und Lebenssituationen betrachtet werden. Großstädte, mittlere und kleine Städte sowie Städte und Gemeinden im ländlichen Raum haben je eigene Besonderheiten, die es herauszuarbeiten und zu beachten gilt, um eine im jeweiligen Nahraum gut funktionierende Versorgung zu erreichen und zu fördern. Das sind besonders wichtige Aspekte bei der Förderung der gemeinsamen Modellvorhaben.

Indem ein gutes, sich ergänzendes Zusammenspiel von Pflegeleistungen, medizinischer Versorgung, Altenhilfe, Wohnberatung, weiteren Hilfsstrukturen und einer bedarfsgerechten Sozialplanung bis hin zu ggf. erforderlichen Leistungen der Hilfe zur Pflege hergestellt wird, kann eine strukturierte Zusammenarbeit der verschiedenen Träger und Kommunen dabei helfen, die Situation von Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen und Pflegepersonen zu verbessern. Auch präventive Maßnahmen können hierbei mit einbezogen werden. Hilfreich kann ferner der Blick auf Verbesserungen hinsichtlich der Wohn- und Versorgungsstrukturen, der Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements, der Beratungsangebote vor Ort, eine Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität sowie die bessere Gewinnung, Aktivierung und Vernetzung sowohl ehrenamtlicher als auch professioneller Helfer und Leistungserbringer sein.

Die Anteilsfinanzierung im Rahmen der Förderung durch die soziale und private Pflegeversicherung setzt eine entsprechende Förderung durch Land oder/und Kommune voraus, die dem Förderzweck dient, und den Ländern und Kommunen freisteht. Voraussetzung für die Förderung ist, dass die Umsetzung durch die Länder oder/und Kommunen in eigener Zuständigkeit den beschlossenen Empfehlungen entspricht, da die Beteiligten die Förderbedingungen gemeinsam konkretisieren. Im Ergebnis kann ein Fördervolumen von bis zu 60 Millionen Euro im Kalenderjahr zur Verfügung stehen. Der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss von Land oder/und Kommune. Finanziert wird er über eine Umschichtung von in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Mitteln des Förderprogramms zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Die Modellvorhaben sollen gemeinsam von den Kommunen bzw. den Ländern (Kompetenz der Daseinsvorsorge) und der Pflegeversicherung (Kompetenz der Sozialversicherung) getragen werden. Deshalb ist für die Finanzierung der Modellvorhaben eine je hälftige Finanzierung der Gesamtausgaben vorgesehen. Die gemeinsame Finanzierung der Modellvorhaben trägt auch dazu bei, möglichst nachhaltige Verbesserungen auf den Weg zu bringen.

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

Zu

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

Zu

Verantwortlich für die Erstellung von Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Ländern. Vor Beschluss der Empfehlungen sind die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Landesverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen und ihrer Angehörigen und die oder der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege anzuhören. Zu ihrem Vorbringen sollen die Beschlussfassenden nachvollziehbar Stellung nehmen. Die Stellungnahme ist dem Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Zustimmungsverfahrens zu den Empfehlungen mit zuzuleiten.

In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welche Anforderungen für die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel zu erfüllen sind, sodass ein Einvernehmen mit allen Fördergebern besteht. Dabei ist es wichtig, wie die Mittel ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den Förderzweck zu erreichen. Ebenfalls festzulegen in den Empfehlungen ist, wie im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können.

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

Zu

Die Modellvorhaben sind auf maximal vier Jahre beschränkt. Im Rahmen der Bewilligung der Förderung sind die Modellprojekte darauf hinzuweisen, dass eine Anschlussförderung aus Mitteln der Pflegeversicherung über vier Jahre hinaus nicht in Aussicht gestellt wird und eine

Übernahme in die Regelversorgung nicht zugesagt werden kann. Im Rahmen der Förderung der Modellvorhaben können während der Laufzeit aber auch Möglichkeiten mit untersucht werden, wie sich das jeweilige Vorhaben nach Ablauf des Förderzeitraumes selbst tragen kann.

Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann von den Regelungen des § 37 Absatz 3 bis 9, des Siebten und des Achten Kapitels des Elften Buchs Sozialgesetzbuch abgewichen werden, wenn es für die Erreichung der Ziele eines Modellvorhabens zwingend erforderlich ist. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der dort geregelten Zuständigkeiten respektive der Zuordnung zu bestimmten Leistungserbringern. Um genügend Spielraum zu haben für die Erprobung innovativer Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen in naher örtlicher Umgebung, hinsichtlich der Art der Leistungserbringung, der Finanzierung und Vergütung der Leistung, neuer Gestaltungsformen und Verfahren sowie der Beziehung zu Leistungserbringern, wird die Abweichung im Rahmen des Modellvorhabens ermöglicht. Abweichungen von den Regelungen müssen zwingend erforderlich sein, dies ist im Rahmen des Konzepts zu prüfen und darzulegen. § 2 und § 11 Absatz 2 Satz 1 und 2 sind zu berücksichtigen.

Eine Förderung kommt nur für Modellvorhaben in Betracht, die die Vorgaben des Grundgesetzes beachten und auch bei einer Übernahme in eine Regelversorgung im Rahmen der Pflegeversicherung verfassungsgemäß wären. Insbesondere die Einhaltung sowohl der Kompetenzordnung als auch der Finanzverfassung, aber auch weitere verfassungsrechtliche Aspekte, wie etwa Artikel 84 Absatz 1 Satz 7 Grundgesetz, sind zu prüfen, soweit die Modellvorhaben solche berühren oder bei einer Übernahme in eine Regelversorgung berühren würden.

Zu

Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung auf die einzelnen Länder zu erreichen, kommt als Verteilungsschlüssel der Königsteiner Schlüssel für die Förderung nach Absatz 1 Satz 1 zur Anwendung, um das Fördervolumen anteilig auf die Länder zu verteilen. Voraussetzung für die Auszahlung der Fördermittel für ein Modellvorhaben ist eine konkrete Förderzusage der anderen Hälfte der Finanzierung des Modellvorhabens durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft. Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen des jeweiligen Landes. Das konkrete Verfahren zur Übertragung von Fördermitteln in das Folgejahr und der Information der Beteiligten über den verfügbaren Mittelbestand einschließlich des Zeitpunkts zur Feststellung des konkreten Betrags ist in den Empfehlungen nach Absatz 3 zu regeln.

Zu

Das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. regeln durch eine Vereinbarung das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds und das Verfahren der Durchführung und Abwicklung der Förderung nebst Regelung des Abrechnungsverfahrens zur Förderung einschließlich Regeln zu etwaigen Rückforderungen sowie das Verfahren über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

Zu (Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier)

Zu

Für jedes Modellvorhaben ist eine nach anerkannten wissenschaftlichen Standards durchzuführende Begleitung und Auswertung erforderlich, die insbesondere die Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Modellvorhaben analysiert und bewertet. Dabei soll vor allem ausgewertet werden, ob und inwiefern durch die Modellvorhaben die Situation der Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen sowie die Inanspruchnahme von Unterstützung vor Ort und im Quartier verbessert wird und mit welchem Ressourceneinsatz dies erreicht wird.

Zu

Die Regelung sieht die Verpflichtung vor, im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung über die Analyse der Wirksamkeit, Qualität und Kosten in Bezug auf die einzelnen Projekte nach Absatz 1 hinaus zu untersuchen, welche Folgen eine Übernahme der jeweiligen Projekte in eine flächendeckende Regelversorgung mit sich bringen würde. Die Modellvorhaben müssen darauf ausgerichtet sein, dass innovative neue Lösungen in die Regelversorgung übertragen werden können und hierfür ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen oder nachvollziehbar erschlossen werden können. Um die Modellvorhaben und deren eventuelle Umsetzung im Rahmen einer Regelversorgung beurteilen zu können, sind bereits während der Erprobung entsprechende Informationen zusammenzutragen und im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung auszuwerten. Ebenso soll untersucht und in den vorzulegenden Berichten dargestellt werden, welche Vorteile und welche Nachteile sich gegenüber der geltenden Rechtslage ergeben würden und welche Rechtsgrundlagen ggf. geändert oder neu geschaffen werden müssten, wenn das jeweilige Modellvorhaben in eine Regelversorgung übertragen würde.

Zu

Zu untersuchen sind im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung, welche personellen und finanziellen Mittel das Vorhaben erfordert und wie bzw. aus welchen Quellen diese Mittel zur Verfügung gestellt oder konkret erschlossen werden können. Personelle Mittel sind auch hinsichtlich der erforderlichen Qualifikation zu differenzieren, finanzielle Mittel auch hinsichtlich der Übernahme von Aufgaben der Pflegeversicherung und des Landes oder der Kommunen. Die Auswertung soll so konkret wie möglich erfolgen und Mittel jeweils realistisch sowie auch rechtskonform benennen.

Zu

Vor- und Nachteile gegenüber der geltenden Rechtslage sind darzulegen, es bedarf eines Vergleichs mit der aktuellen Versorgung und Regelung.

Zu

Darzulegen ist auch, welche Rechtsgrundlagen für eine Umsetzung in der Regelversorgung zu ändern oder zu schaffen wären. Bereits im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung muss ebenso ermittelt werden, wie das Konzept des Modellvorhabens auch mit dem geltenden Recht vereinbar umgesetzt werden kann.

Zu

Als Teil der wissenschaftlichen Begleitung sind Zwischenberichte und Abschlussberichte über die Ergebnisse der Auswertung der Modellvorhaben zu erstellen; Zwischenberichte jeweils zur Hälfte der Projektlaufzeit und die Abschlussberichte spätestens sechs Monate nach dem Ende des Modellvorhabens. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen leitet diese Berichte dem Bundesministerium für Gesundheit zu, das im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, mit den Ländern und mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen über eine Veröffentlichung entscheidet.

Zu

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

Zu Artikel 1 Nummer 35 (§ 111 SGB XI)

(Folgeänderung zu §§ 123, 124, 125b SGB XI)

Artikel 1 Nummer 35 wird wie folgt gefasst:

,35. In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 45c“ durch die Wörter „den §§ 45c, 45d und 123“ ersetzt und werden nach den Wörtern „§ 8 Absatz 9 Satz 1 und 2“ die Wörter „und § 125b Absatz 2 Satz 2“ eingefügt.’

Begründung

Da die früher allein in § 45c enthaltenen Fördertatbestände inzwischen in den §§ 45c und 45d geregelt sind, wird der Verweis in § 111 Absatz 1 Satz 1 entsprechend redaktionell angepasst.

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

Änderungsantrag 3

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drs. 20/6544

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 8 SGB XI)

(Verlängerung des Förderprogramms zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf)

Artikel 1 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

4. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„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.“

bb) Die neuen Sätze 5 und 6 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse möglich:

1. bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 25 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Höhe von bis zu 10.000 Euro; dabei werden bis zu 70 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert;
2. bei Pflegeeinrichtungen ab 26 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Höhe von bis zu 7.500 Euro; dabei werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert.“

b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen

sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege.“

- bb) In dem neuen Satz 6 wird die Angabe „31. März 2019“ durch die Angabe „31. Oktober 2023“ ersetzt.
- cc) In dem neuen Satz 9 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.

Begründung

Zu Buchstabe a

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

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

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

Zu Buchstabe b

Das Förderprogramm gemäß § 8 Absatz 8 wurde 2019 mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz eingeführt, um die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte durch die Nutzung des Potenzials der Digitalisierung zu verbessern. Pflegeeinrichtungen, die das Förderprogramm bisher nicht genutzt haben, wird mit der Verlängerung bis 2030 ermöglicht, die Potenziale der Digitalisierung mithilfe der Anteilsfinanzierung in ihrer Einrichtung wirksam werden zu lassen. Zudem wird die Zielrichtung des Förderprogramms erweitert: Die Anschaffungen können nun neben der Entlastung der Pflegekräfte auch zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen sowie zur Stärkung ihrer Beteiligung dienen: so halten z.B. laut dem Achten Altersbericht der Bundesregierung stationäre Pflegeeinrichtungen selten die digitale Grundausstattung der Bewohnerzimmer mit Internet- und WLAN-Anschlüssen vor. Ältere Menschen,

die in der Häuslichkeit bereits mit digitalen Anwendungen vertraut waren, können oftmals bei einem Umzug in eine stationäre Einrichtung diese Möglichkeiten nicht mehr wahrnehmen.

Zu Artikel 1 Nummer 28 Buchstabe c (§ 75 SGB XI)

(Konkretisierung des Auftrags an die Pflegeselbstverwaltung zur Berücksichtigung von betrieblichen Ausfallkonzepten in den Rahmenverträgen)

Artikel 1 Nummer 28 Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

,c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte auf Grundlage einer einrichtungsspezifischen Konzeption, mit denen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird.“ ‘

Begründung

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

Vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte können auch Springerkonzepte wie

- Springerkräfte, die innerhalb eines Springerdienstplans eingesetzt werden,
- Springerdienste, die gleichmäßig auf alle Pflegefachkräfte im Team verteilt werden, sowie
- Springerpools, die sich aus mehreren Pflegefachkräften oder einem Mix aus Fach- und Hilfskräften zusammensetzen, die zu vereinbarten Dienstzeiten einspringen, sein.

Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von Personal- bzw. Springerpools ergänzend in § 113c Absatz 2 Nummer 3a konkretisiert.

Zu Artikel 1 Nummer 28 Buchstabe b (§ 75 SGB XI)

(Ergänzung um Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung im Rahmen der Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten)

Artikel 1 Nummer 28 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

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

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

Begründung

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

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

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

Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 82c SGB XI)

(Sachliche Gründe für Ausnahmen zu den Regelungen zur Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen)

Artikel 1 Nummer 30 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

,b) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 2a hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 2 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Entsprechendes gilt für die Zahlung von Entgelten für Personal im Sinne von Absatz 2b Satz 1. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu sachlichen Gründen nach Satz 4 ab. § 113c Absatz 4 Satz 2 bis 8 gelten entsprechend.“ ‘

Begründung

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

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

Zu Artikel 1 Nummer 40 (§ 113c SGB XI)

(Besondere Personalbedarfe für vollstationäre Pflegeeinrichtungen)

Artikel 1 Nummer 40 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa wird wie folgt gefasst:

,aa) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

- „2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für Qualitätsbeauftragte oder für die Praxisanleitung, die zusätzlich zur personellen Ausstattung nach Absatz 1 vereinbart werden können,“.

Begründung

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Ferner wird gesetzlich klargestellt, dass besondere Personalbedarfe nach § 113c Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 SGB XI nicht in den Personalanhaltswerten nach § 113c Absatz 1 SGB XI enthalten und daher als zusätzliche Personalbedarfe in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 zu regeln sind. Bereits heute ist dies ausweislich der Begründung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) zu § 113c Absatz 1 SGB XI möglich. Denn dort wurde erläutert, dass die Personalanhaltswerte auf die bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüssel aus dem Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“ abstellen.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drs. 20/6544

Zu Artikel 6 Nummer 7a und 7b (§§ 132a, 275b SGB V)

(Vertragsverhandlungen in der häuslichen Krankenpflege)

Nach Artikel 6 Nummer 7 werden die folgenden Nummern 7a und 7b eingefügt:

7a. § 132a Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

7b. In § 275b Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 14“ durch die Angabe „Satz 15“ ersetzt.

Begründung:

Zu Nummer 7a

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird hinsichtlich der Berücksichtigung von Tariflöhnen wieder ein Gleichklang mit den im Bereich des SGB XI geltenden Regelungen hergestellt. Bei nicht tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen ambulanten Pflegediensten kann danach eine Bezahlung bis zur Höhe von 110 Prozent des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Damit wird sichergestellt, dass bei demselben ambulanten Pflegedienst beschäftigten Pflegekräften

die gleichen Entlohnungsbedingungen gelten können, unabhängig davon, ob sie ausschließlich oder schwerpunktmäßig Pflegeleistungen nach dem Fünften oder Elften Buch erbringen, und die gezahlten Vergütungen unter den genannten Voraussetzungen sowohl von den Pflege- als auch von den Krankenkassen refinanziert werden.

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

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

Zu Nummer 7b

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

Änderungsantrag 5

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drs. 20/6544

Zu Artikel 6 Nummer 7a (§ 120 Absatz 3b SGB V)

(Modifikation des Auftrages an den G-BA zum Beschluss einer Richtlinie zur Ersteinschätzung in Krankenhäusern)

Nach Artikel 6 Nummer 7 wird folgende Nummer 7a eingefügt:

7a. § 120 Absatz 3b wird wie folgt geändert:

1. In Satz 3 Nummer 5 werden die Wörter „oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1“ gestrichen.
2. In Satz 4 werden nach den Wörtern „ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde“ die Wörter „oder zu diesem Zeitpunkt keine Notdienstpraxis in oder an dem jeweiligen Krankenhaus gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 in unmittelbarer Nähe geöffnet ist“ eingefügt.

Begründung

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

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

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

die Notaufnahme des Krankenhauses oder die angegliederte Notdienstpraxis zu ermöglichen.

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

Änderungsantrag 6

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drs. 20/6544

Zu Artikel 1 Nummer 14 (zu § 30 SGB XI)

(Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung am 1. Januar 2025 um 4,5 Prozent)

In Artikel 1 Nummer 14 wird in § 30 Absatz 1 die Angabe „5 Prozent“ durch die Angabe „4,5 Prozent“ ersetzt.

Begründung:

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

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

Änderungsantrag 7

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drs. 20/6544

Zu Artikel 1 Nummer 20 (§ 55 SGB XI)

(Verordnungsermächtigung zur Beitragssatzanhebung)

Artikel 1 Nummer 20 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

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

„Der Beitragssatz beträgt, vorbehaltlich des Satzes 2, bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 ausschließlich nach Maßgabe des Absatz 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen.“ ‘

2. Nach Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

,c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Bundesregierung darf den Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 ausschließlich zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung anpassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht; mehrere Anpassungen durch Rechtsverordnung dürfen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen. Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist dem Bundestag vor der Zuleitung an den Bundesrat zuzuleiten. Sie kann durch Beschluss des Bundestages geändert oder abgelehnt werden. Der Beschluss des Bundestages wird der Bundesregierung zugeleitet. Hat sich der Bundestag nach Ablauf von drei Sitzungswochen seit Eingang der Rechtsverordnung nicht mit ihr befasst, so wird die unveränderte Rechtsverordnung dem Bundesrat zugeleitet.“ ‘

3. Die bisherigen Buchstaben c bis f werden die Buchstaben d bis g.

Begründung

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

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

ausschließlich nach Maßgabe des neuen Absatz 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen.

Änderungsantrag 8a

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drs. 20/6544

Zu Artikel 2 neue Nummer 5a und Nummer 6 (zu §§ 39, 42 SGB XI)

(Vorziehen der wesentlichen Rechtswirkungen des Gemeinsamen Jahresbetrags für Fälle der Verhinderung einer Pflegeperson von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5 bis zum Alter von 25 Jahren sowie Aufnahme eines Verweises auf § 30 SGB XI zum 1. Januar 2024)

1. In Artikel 2 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Auf den in Satz 1 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 806 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.“

b) Die folgenden Absätze 4 und 5 werden angefügt:

„(4) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, die einen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 oder 5 pflegt, der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, übernimmt die Pflegekasse abweichend von Absatz 1 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Absatz 3 Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 abweichend von Absatz 2 sowie Absatz 3 Satz 2 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.

(5) In dem in Absatz 4 Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von § 37 Absatz 2 Satz 2 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt sowie abweichend von § 38 Satz 4 die Hälfte eines vor Beginn der Verhinderungspflege bezogenen anteiligen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt.“ ‘

2. Artikel 2 Nummer 6 wird wie folgt geändert:

a) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

„b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Auf den in Satz 3 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 1 612 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.“ ‘

b) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

Begründung

Zu Nummer 1 / Zu Artikel 2 Nummer 5a (zu § 39)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Des Weiteren ist es bei Verhinderung einer Pflegeperson dieser Gruppe von Pflegebedürftigen bereits ab dem 1. Januar 2024 möglich, auf den vollen Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege zuzugreifen: Soweit die Mittel in dem Kalenderjahr noch nicht für eine Kurzzeitpflege verbraucht worden sind, können nach Wahl der Anspruchsberechtigten bis zu 100 Prozent des Leistungsbetrags für eine Kurzzeitpflege zugunsten der Verhinderungspflege umgewidmet werden. Damit stehen im Jahr 2024 bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung.

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

Zu Nummer 2 / Zu Artikel 2 Nummer 6 Buchstabe b (zu § 42)

Zu Buchstabe a

Gemäß der Neufassung des § 30 werden die im Vierten Kapitel benannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2025 sowie zum 1. Januar 2028 wie in § 30 geregelt automatisch dynamisiert und im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Die Regelung zur Übertragbarkeit von noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege in § 42 Absatz 2 Satz 3 ist mit Bezug auf einen

festen Euro-Betrag formuliert und nähme ohne die vorliegende Ergänzung an der automatischen Anpassung nicht teil, da es sich nicht um einen Leistungsbetrag, sondern den maximalen Betrag der Übertragung handelt. Damit die gleiche prozentuale Übertragbarkeit wie im geltenden Recht bei Durchführung der Dynamisierungen weiterhin gewährleistet wird, wird daher geregelt, dass § 30 Absatz 1 und 2 auf den in § 42 Absatz 2 Satz 3 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr entsprechend angewendet wird.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Änderungsantrag 8b

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drs. 20/6544

Neue Artikel 2a und 6a, Änderung zum Inkrafttreten (zu §§ 39, 42, 42a-neu SGB XI u.a.)

(Einführung Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zum 1. Juli 2025 und Folgeänderungen)

1. Nach Artikel 2 wird folgender Artikel 2a eingefügt:

Artikel 2a

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 2 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe zu § 39 wird wie folgt gefasst:

„§ 39 Verhinderungspflege“.

b) Nach der Angabe zu § 42 werden die folgenden Angaben eingefügt:

„Dritter Titel

Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

§ 42a Gemeinsamer Jahresbetrag“.

c) In der bisherigen Angabe zu § 42a wird die Angabe „§ 42a“ durch die Angabe „§ 42b“ ersetzt.

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

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

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

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

h) In der bisherigen Angabe zum Siebten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Siebter“ durch das Wort „Achter“ ersetzt.

2. § 7b Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „41 bis 43“ durch die Angabe „41, 42b, 43“ ersetzt.

b) In Satz 5 werden die Wörter „den §§ 39, 40 Absatz 2,“ durch die Wörter „§ 40 Absatz 2, den §§ 39 sowie 42 jeweils in Verbindung mit § 42a, nach“ ersetzt.

3. § 28 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

- „4. Verhinderungspflege (§ 39 in Verbindung mit § 42a),“.
- b) In Nummer 7 wird die Angabe „(§ 42)“ durch die Wörter „(§ 42 in Verbindung mit § 42a)“ ersetzt.
 - c) In Nummer 7a wird die Angabe „(§ 42a)“ durch die Angabe „(§ 42b)“ ersetzt.
4. In § 28a Nummer 7 wird die Angabe „§ 42a“ durch die Angabe „§ 42b“ ersetzt.
 5. In § 34 Absatz 3 werden die Wörter „oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr“ durch die Wörter „von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr“ ersetzt.
 6. In § 37 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „für bis zu acht Wochen“ gestrichen und werden die Wörter „für bis zu sechs Wochen“ durch die Wörter „jeweils für bis zu acht Wochen“ ersetzt.
 7. In § 38 Satz 4 werden die Wörter „für bis zu acht Wochen“ gestrichen und werden die Wörter „für bis zu sechs Wochen“ durch die Wörter „jeweils für bis zu acht Wochen“ ersetzt.
 8. § 39 wird wie folgt gefasst:

„ § 39

Verhinderungspflege

(1) Ist eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für den Pflegebedürftigen für längstens acht Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege ist nicht erforderlich. Auf welche Höhe sich die Kostenübernahme für die Ersatzpflege durch die Pflegekasse belaufen darf, bestimmt sich nach den Absätzen 2 und 3.

(2) Wird die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflegekosten je Kalenderjahr höchstens bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen.

(3) Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr höchstens bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird. Wird die Ersatzpflege von diesen Personen nicht erwerbsmäßig ausgeübt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten. Auf Nachweis können von der Pflegekasse bei einer Ersatzpflege nach Satz 2 notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, auch über diesen Betrag hinaus übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 2 und 3 zusammen dürfen im Kalenderjahr den Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a nicht übersteigen.“

9. § 42 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 werden die Wörter „bis zu dem Gesamtbetrag von 1 774 Euro im Kalenderjahr“ durch die Wörter „pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a“ ersetzt.

b) Die Sätze 3 bis 5 werden aufgehoben.

10. Nach § 42 wird folgender Dritter Titel eingefügt:

„Dritter Titel

Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

§ 42a

Gemeinsamer Jahresbetrag

(4) 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).

(5) 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.

(6) 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.“

11. Der bisherige Dritte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Vierte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.

12. Der bisherige § 42a wird § 42b.

13. Der bisherige Vierte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Fünfte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.

14. Der bisherige Fünfte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Sechste Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.

15. Der bisherige Sechste Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Siebte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.

16. Der bisherige Siebte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Achte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.‘

17. Dem § 144 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Leistungsbeträge, die für Leistungen der Verhinderungspflege gemäß § 39 sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 verbraucht worden sind, werden auf den

Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.“ ‘

2. Nach Artikel 6 wird folgender Artikel 6a eingefügt:

„Artikel 6a

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 6 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 23 Absatz 5a wird jeweils die Angabe „§ 42a“ durch die Angabe „§ 42b“ ersetzt.
2. In § 40 Absatz 3a wird jeweils die Angabe „§ 42a“ durch die Angabe „§ 42b“ ersetzt.‘

Begründung

Zu Nummer 1 (Neuer Artikel 2a)

Zu a (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu

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

Zu

Zu

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege als Gesamtleistungsbetrag in dem neuen § 42a. Der bislang in Satz 1 mit genannte § 42 wird in Satz 5 überführt und dort in Verbindung mit § 42a genannt.

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

Zu

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege als Gesamtleistungsbetrag in dem neuen § 42a. Der bisher bereits in Satz 5 genannte § 39 wird hier nun – ebenso wie § 42 – in Verbindung mit § 42a genannt. Demnach finden die Sätze 1 bis 4 des Absatz 1 auch Anwendung bei der jeweils erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39 sowie 42 jeweils in Verbindung mit § 42a.

Zu

Zu

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

Zu

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

Zu

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

Zu

Die Dauer, für die die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a während eines Erholungsurlaubs der Pflegeperson nicht ruhen, wird in Synchronisation mit der angehobenen Höchstdauer in § 39 auf acht Wochen im Kalenderjahr angehoben.

Zu

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

Zu

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

Zu

Zu (Verhinderungspflege)

Die Überschrift der Regelung wird an die bereits seit vielen Jahren geübte Praxis angepasst, den Anspruch auf Leistungen nach § 39 als „Verhinderungspflege“ zu bezeichnen.

Zu

Dadurch, dass der bisher in § 39 vorgesehene Leistungsbetrag für Leistungen der Verhinderungspflege zusammen mit dem Leistungsbetrag für Leistungen der Kurzzeitpflege Bestandteil des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a zu einem Gesamtleistungsbetrag wird, ist § 39 entsprechend anzupassen: In § 39 wird kein separater Leistungsbetrag mehr genannt und die Übertragungsmöglichkeiten von Leistungsbeträgen der Kurzzeitpflege zugunsten der Verhinderungspflege müssen in der Vorschrift nicht mehr geregelt werden. Auf welche Höhe sich die Kostenübernahme für die Ersatzpflege durch die Pflegekasse belaufen darf, bestimmt sich vielmehr jeweils nach den Absätzen 2 und 3 in Verbindung mit § 42a.

Wie bisher wird in Absatz 1 des neu gefassten § 39 geregelt, dass die Pflegekasse in dem Fall, in dem eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist, die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für den Pflegebedürftigen übernimmt. Dabei muss auch weiterhin der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sein. § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt weiterhin nicht. Die zeitliche Höchstgrenze wird jedoch nun auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr angehoben. Neu ist außerdem, dass die Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat, ab dem 1. Juli 2025 wegfällt. Damit ist der Anspruch auf Verhinderungspflege bereits unmittelbar ab Vorliegen des Pflegegrades 2 nutzbar.

Die Abschaffung der Vorpflegezeit dient vor allem zur Entlastung der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen, da diese eine notwendige Ersatzpflege nicht mehr in Abhängigkeit von der Vorpflegedauer ggf. anders organisieren müssen. So ist es, wenn eine Pflegeperson innerhalb der ersten sechs Monate der häuslichen Pflege plötzlich erkrankt, nicht mehr erforderlich, eine vollstationäre Kurzzeitpflege als Ersatzversorgung in Anspruch zu nehmen, sondern die Ersatzpflege kann auch beispielsweise zu Hause im Rahmen der Verhinderungspflege

organisiert werden. Dies bietet erweiterte Möglichkeiten, auch andere Ersatzpflegende einzusetzen. Außerdem entspricht dies den Bedürfnissen insbesondere kognitiv beeinträchtigter Menschen, die durch einen Ortswechsel ggf. belastet werden.

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

Zur besseren Rechtsklarheit wird in § 39 zudem in den Wortlaut aufgenommen, dass eine vorherige Antragstellung vor der Durchführung der notwendigen Ersatzpflege nicht erforderlich ist. Bereits bisher war es Praxis der Pflegekassen, dass die Verhinderungspflege keiner vorherigen Antragstellung bedurfte (siehe Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes als Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20.12.2022, Seite 195 unter „2. Anspruchsvoraussetzungen“: „(2) Anspruchsvoraussetzung ist nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird.“ (Quelle: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2022_12_20_Pflege_Gemeinsames_Rundschreiben.pdf, Abrufdatum: 17.05.2023)). Damit reagierte die Praxis darauf, dass Verhinderungssituationen oftmals unverhofft eintreten und sehr schnell Ersatz gefunden werden muss, wenn eine Pflegeperson ausfällt. Diese sachgerechte Handhabung, die die in der Situation gebotene Flexibilität gewährleistet, wird nunmehr auch in den Gesetzestext selbst aufgenommen. Es liegt jedoch weiterhin im Interesse der Pflegebedürftigen und Pflegepersonen und ist ihnen nachhaltig zu empfehlen, möglichst rasch mit der entsprechenden Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, Kontakt aufzunehmen. Zum einen können diese bei der notwendigen Organisation der Ersatzpflege im Rahmen der Pflegeberatung auch unterstützen, zum anderen sollte möglichst frühzeitig abgeklärt werden, welche Ersatzpflegekosten tatsächlich übernommen werden können.

Wie bisher prüft die Pflegekasse bei der (ggf. späteren) Beantragung der Kostenerstattung für die notwendige Ersatzpflege auch weiterhin, ob die Voraussetzungen einer Verhinderungspflege nach § 39 vorliegen bzw. vorlagen. Dazu gehört zum einen, ob eine Verhinderung der Pflegeperson vorlag. Hierbei kann die Pflegekasse gegebenenfalls auch die Benennung des Verhinderungsgrundes verlangen. Zum anderen sind die Kosten der notwendigen Ersatzpflege gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen. Dazu sollten erforderlichenfalls am besten schon im Rahmen der Beantragung der Kostenerstattung bei der Pflegekasse die entsprechenden Unterlagen mit eingereicht werden, aus denen sich der Anfall der Kosten ergibt, für die die Erstattung erfolgen soll.

Zu

Der neue Absatz 2 knüpft an die bisher in § 39 Absatz 1 Satz 3 geregelte Höhe des Leistungsanspruches an, wenn die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt wird als solche, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Bislang wurde der Leistungsbetrag hierfür in § 39 selbst angegeben. Als Folge der Festlegung des insgesamt je Kalenderjahr einsetzbaren Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in dem neuen § 42a ergibt sich die Höhe der Aufwendungen, bis zu der die Pflegekasse in diesem Fall Ersatzpflegekosten erstatten kann, künftig aus § 42a. Dieser bildet, soweit er in dem Kalenderjahr noch nicht verbraucht worden ist, die Höchstgrenze der Kostenübernahme.

Zu

Der neue Absatz 3 regelt die Fälle, in denen die Ersatzpflege von Ersatzpflegepersonen sichergestellt wird, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Hier sind, wie bisher auch, drei Konstellationen zu beachten:

- Die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt. Dann dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflege sich je Kalenderjahr bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen, soweit dieser in dem Kalenderjahr noch nicht verbraucht worden ist.
- Wird die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt, ist eine Konstellation gegeben, für die das Leistungsrecht den Bezug von Pflegegeld vorsieht. Daher dürfen in diesem Fall die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten. Da die in § 37 Absatz 1 Satz 3 genannten Pflegegeldbeträge sich jeweils auf volle Monate beziehen, wird an dieser Stelle aus Gründen der Vereinfachung und besseren Nachvollziehbarkeit durch die Anspruchsberechtigten dabei auf die Beträge für bis zu zwei Monate Bezug genommen (anstatt auf Beträge für bis zu acht Wochen). Die insoweit durch die Pflegekasse übernommenen Beträge stellen eine Inanspruchnahme des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a dar.
- Ebenso wie im bisherigen Recht können nicht erwerbsmäßig tätige Ersatzpflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, zudem nachgewiesene notwendige Aufwendungen geltend machen, die ihnen im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind und über den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate hinausgehen. Dabei kann die Pflegekasse insgesamt Kosten nur bis zu der Höchstgrenze des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a übernehmen, soweit dieser in dem Kalenderjahr noch nicht verbraucht worden ist.

Zu

Zu

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags. Dadurch, dass der bisher in § 42 vorgesehene Leistungsbetrag für Leistungen der Kurzzeitpflege zusammen mit dem Leistungsbetrag für Leistungen der Verhinderungspflege Bestandteil des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a als Gesamtleistungsbetrag wird, ist § 42 entsprechend anzupassen: In § 42 wird kein separater Leistungsbetrag mehr genannt. Der maximale Leistungsbetrag ergibt sich künftig aus § 42a.

Da gemäß § 39c Satz 2 des Fünften Buches bei dem Anspruch auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit oder Vorliegen von Pflegegrad 1 im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend gilt, ergibt sich mit der Änderung auch hinsichtlich des Anspruchs nach § 39c des Fünften Buches die Leistungshöhe künftig aus § 42a. Das bedeutet, dass der Anspruch auf eine Kurzzeitpflege nach § 39c des Fünften Buches im Hinblick auf die Leistungsdauer weiterhin bis zu acht Wochen umfasst und sich die Leistungshöhe ab 1. Juli 2025 auf bis zu 3.539 Euro beläuft.

Zu

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

Zu

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

Zum Dritten (Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege)

Zu (Gemeinsamer Jahresbetrag)

Zu

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben künftig Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a. Die bisher separat in § 39 und § 42 vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege werden in dem neuen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengeführt. Damit steht für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege künftig ein Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können. Bei der Zusammenführung wird jeweils auf die Leistungsbeträge nach § 39 und § 42 abgestellt, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gemeinsamen Jahresbetrags am 1. Juli 2025 gelten. Der neue Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a beläuft sich damit auf eine Höhe von bis zu insgesamt 3.539 Euro pro Kalenderjahr.

Die jeweiligen Tatbestandsvoraussetzungen, unter denen Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden können, bleiben weiterhin in § 39 und § 42 geregelt, denn die beiden Regelungen bieten jeweils auf die jeweiligen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen abgestimmte Voraussetzungen und in der Abwicklung auf die jeweils vorliegende Pflegesituation bezogene Vorteile. So handelt es sich bei dem Anspruch auf Verhinderungspflege um einen Kostenerstattungsanspruch, der es ermöglicht, eine – vielleicht ad hoc notwendige – Ersatzpflege schnell und flexibel zu organisieren und dabei aus einer Bandbreite an Möglichkeiten der Organisation zu wählen – vom nahen Verwandten bis hin zum Heranziehen einer Pflegeeinrichtung. Die Verhinderungspflege kann dadurch auch schnell individuell der jeweiligen Situation angepasst werden. Bei der Kurzzeitpflege handelt es sich um eine Sachleistung und dies ist auch sachgerecht, denn sie kommt in Fällen zum Einsatz, in denen die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. In diesen Fällen entlastet der Sachleistungscharakter die Pflegebedürftigen und ihre Familien, da hier eine Direktabrechnung zwischen Pflegeeinrichtung und Pflegekasse erfolgt, die Pflegekasse auf Beantragung der Leistung hin auch die Gelegenheit zur Beratung und zur Unterstützung bei der Organisation der weiteren Versorgung erhält und für diesen Bereich auch der Sicherstellungsauftrag greift. Die Einzelheiten der Kurzzeitpflegeerbringung müssen auch nicht zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeerbringenden vereinbart werden, sondern hierzu bestehen bereits Vereinbarungen zur Sachleistungserbringung. Das gilt ebenfalls hinsichtlich der Vergütung. Daher ist es sachgerecht, diese den Pflegebedürftigen zugutekommenden Wirkungen weiter in den bisherigen Leistungstatbeständen zu regeln.

Gleichzeitig werden die geltenden Voraussetzungen soweit als möglich angeglichen, wo die Vereinheitlichung dazu dient, den flexiblen Einsatz des Gesamtleistungsbetrags zu ermöglichen und Hindernisse abzubauen. So wird die zeitliche Höchstdauer der Verhinderungspflege auf acht Wochen im Kalenderjahr angehoben und damit der zeitlichen Höchstdauer der Kurzzeitpflege angeglichen. Gleiches gilt für den Zeitraum der hälftigen Fortzahlung eines bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes sowohl während der Verhinderungspflege als auch während der Kurzzeitpflege. Bei der Verhinderungspflege wird darüber hinaus die bisher erforderliche Vorpflegezeit von mindestens sechs Monaten aufgehoben. Hiermit wird ein Hindernis der flexiblen Einsetzbarkeit des Gemeinsamen Jahresbetrags beseitigt, das ansonsten bestünde: Dieser ist nunmehr – wie bisher schon der Anspruch auf Kurzzeitpflege – unmittelbar ab Vorliegen mindestens des Pflegegrades 2 nutzbar, ohne dass noch Wartezeiten zu beachten sind. Gleichzeitig entfällt bei der Verhinderungspflege damit ein Prüfschritt, sodass der Wegfall der Vorpflegezeit auch zur Entbürokratisierung beiträgt. Schließlich werden die vorgenommenen Neuregelungen auch genutzt, bisher in der Praxis bereits angewendete, im Gesetzeswortlaut aber nicht wiedergegebene Vereinfachungen für die Anspruchsberechtigten nun auch in den Gesetzeswortlaut aufzunehmen (siehe dazu die Begründungen zu § 39 und in Artikel 2 zu § 42).

Zu

Die Schaffung eines kalenderjährlich einheitlichen Gesamtleistungsbetrages für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege muss auch mit Regelungen zur Transparenz und Information der Pflegebedürftigen sowie der Pflegekassen einhergehen, damit jederzeit eine sachgerechte Handhabung ermöglicht wird. So muss insbesondere zu jeder Zeit ersichtlich sein, in welchem Umfang der Gesamtleistungsbetrag bereits verbraucht ist und in welchem er folglich noch zur Verfügung steht. Hierzu werden Regelungen in Bezug auf die Pflegekassen in Absatz 2 und in Bezug auf die Pflegebedürftigen in Absatz 3 getroffen.

Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen – insbesondere auch durch ambulante Pflegedienste oder ambulante Betreuungsdienste – erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. Da es sich bei der Verhinderungspflege um einen Kostenerstattungsanspruch handelt und da aus Gründen der Flexibilität in der Praxis eine vorherige Antragstellung nicht erforderlich ist, ist die Regelung einer Anzeigepflicht gegenüber der Pflegekasse notwendig, da diese sonst zeitnah keine Kenntnis darüber erlangt, dass entsprechende Leistungen erbracht worden sind und ein Kostenerstattungsanspruch bereits entstanden ist. Dies ist aber notwendig. Zum einen, damit die Pflegekasse im Interesse der Pflegebedürftigen mitverfolgen kann, inwiefern der Gesamtleistungsbetrag bereits verbraucht ist, um ggf. beratend tätig werden zu können. Zum anderen, weil die Pflegekasse bei Beantragung einer Kurzzeitpflege jederzeit wissen muss, inwiefern die Sachleistungskosten noch übernommen werden können. Um dies beurteilen zu können, ist zum einen eine zeitnahe Kenntnis erforderlich. Daher wird bestimmt, dass eine Leistungserbringung im Rahmen der Verhinderungspflege bis zum Ende des Kalendermonats angezeigt werden muss, der auf die Leistungserbringung folgt. Zum anderen muss der ungefähre Umfang der Leistungserbringung mitgeteilt werden, damit die Pflegekasse beurteilen kann, in welcher Höhe der Gesamtleistungsbetrag damit verbraucht wird. Hierbei ist aber noch keine Spitzabrechnung erforderlich. Ausreichend ist vielmehr eine Angabe, aus der sich die zeitliche Dauer der Leistungserbringung ergibt (zur Verfolgung der geltenden zeitlichen Höchstgrenzen) und die Größenordnung, in der die Kosten entstanden sind, nach verständiger Bestimmung. Es reicht hierbei also eine überschlägige Angabe.

Sollten die Pflegeeinrichtungen die Kosten für die notwendige Ersatzpflege aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson im Rahmen einer vorliegenden wirksamen Bevollmächtigung, Abtretung oder sonstigen zivilrechtlichen Ermächtigung innerhalb der Anzeigefrist unmittelbar zur Abrechnung bei der Pflegekasse einreichen, gilt die Anzeige mit dem Zugang von entsprechend aussagekräftigen Abrechnungsunterlagen bei der Pflegekasse als erfolgt. Dies gilt auch dann, wenn die Einreichung der zur Kostenerstattung im Rahmen der Verhinderungspflege erforderlichen Nachweise und Unterlagen innerhalb der Anzeigefrist durch andere erfolgt ist und die Pflegeeinrichtung nachweisbar sicher davon Kenntnis hat, dass die Pflegekasse entsprechend informiert worden ist. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn eine zivilrechtlich zur unmittelbaren Abrechnung ermächtigte Pflegeeinrichtung Dritte – wie entsprechende Unternehmen – zulässig damit beauftragt, die Abrechnung der durch sie erbrachten Leistungen durchzuführen. Ein bloßes Sich-darauf-verlassen oder ein Abwälzen der Verantwortung für die Durchführung der Anzeige und die Einhaltung der Anzeigefrist auf Dritte, insbesondere auf den Pflegehaushalt, sind jedoch nicht zulässig. Die Pflegeeinrichtung bleibt für die Einhaltung der Anzeigepflicht innerhalb der geltenden Frist verantwortlich.

Die Regelung wird auf Pflegeeinrichtungen beschränkt, da diese mit den Pflegekassen bereits regelmäßig in Verbindung stehen und die zusätzliche Anzeige in diesem Zusammenhang einen zumutbaren Aufwand darstellt. Bei anderen Leistungserbringenden im Rahmen der Verhinderungspflege greift hingegen zuvorderst Absatz 3.

Werden Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht, ist die Pflegekasse typischerweise darüber informiert, dass eine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden soll. Allerdings ist nicht immer eine zeitnahe Abrechnung gewährleistet. Daher kann es auch in Fällen der Erbringung von Kurzzeitpflege notwendig sein, die Pflegekasse zeitnah darüber in Kenntnis zu setzen, in

welchem zeitlichen Umfang und in welcher überschlägig ermittelten Größenordnung die Leistungen erbracht wurden, damit die Pflegekasse zum einen ihrem Beratungsauftrag nachkommen kann und zum anderen über die Höhe des verfügbaren Gesamtleistungsbetrages auf dem Laufenden ist. Wird die Abrechnung von Leistungen der Kurzzeitpflege gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen (Zugang bei der Pflegekasse), ist daher auch bei der Kurzzeitpflege die Leistungserbringung und deren ungefähre Umfang bis zum Ablauf dieses Zeitraums gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen.

Da es sich bei der Kurzzeitpflege um vollstationäre Leistungen handelt, ist davon auszugehen, dass alle Leistungserbringenden organisatorisch so aufgestellt sind, dass ihnen eine zeitnahe Anzeige an die Pflegekasse zumutbar ist. Die Anzeigepflicht bezieht sich hier daher auf alle in Betracht kommenden Leistungserbringer der Kurzzeitpflege.

Zur Umsetzung dieser Anzeigepflicht in der Praxis sollten die Pflegekassen – vorzugsweise über den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, um ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten – auch Empfehlungen hinsichtlich des Verfahrens beschließen sowie Muster bereitstellen oder die Pflegekassen können Vereinbarungen mit den Leistungserbringern respektive ihren Verbänden hierzu treffen.

Zu

Im Hinblick auf die notwendige Verwaltung des Gesamtleistungsbetrages über das Kalenderjahr hinweg ist es für die Pflegebedürftigen unverzichtbar, Kenntnis darüber zu haben, welcher Anteil des Gemeinsamen Jahresbetrags im Jahresverlauf jeweils bereits verbraucht worden ist. Daher werden Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder im Rahmen der Kurzzeitpflege erbringen, verpflichtet, den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen. Auf dieser Übersicht ist dabei für die Pflegebedürftigen einfach und deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Mit Zustimmung des Pflegebedürftigen kann die Übersicht auch in Textform, beispielsweise durch ein maschinell erstelltes Schreiben, per Fax oder per E-Mail übermittelt werden. Sofern die Pflegebedürftigen Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen, kann die Übersicht auf Wunsch und mit Zustimmung der Pflegebedürftigen auch unmittelbar an den zuständigen Träger der Hilfe zur Pflege übermittelt werden. Auf Wunsch der Pflegebedürftigen soll die Übermittlung barrierefrei in einer für die Pflegebedürftigen wahrnehmbaren Form erfolgen.

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

Die Verpflichtung nach Absatz 3 trifft auch alle anderen Leistungserbringenden, die Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder im Rahmen der Kurzzeitpflege erbringen, es sei denn, es handelt sich bei diesen Leistungserbringenden um natürliche Personen. Denn auch bei den anderen Leistungserbringenden als Pflegeeinrichtungen ist davon auszugehen, dass sie ohnehin so aufgestellt sein müssen, dass sie den Pflegebedürftigen Belege auszuhändigen haben, die zur Kostenerstattung eingereicht werden können, oder dass sie die Leistungen gegenüber der Pflegekasse abrechnen. Daher ist es ihnen zuzumuten, den Pflegebedürftigen auch eine entsprechende Übersicht auszuhändigen oder zu übermitteln. Im Rahmen der Verhinderungspflege können allerdings auch nahe oder entferntere Verwandte oder Schwäger, Freunde, Nachbarn oder andere Einzelhelfende zum Einsatz kommen, die die notwendige Ersatzpflege übernehmen. Für diese wäre die zusätzliche Erstellung einer schriftlichen Übersicht ggf. ein Zusatzaufwand, insbesondere bei Beschränkung der Kostenerstattung im Rahmen der Verhinderungspflege auf den zweifachen Pflegegeldbetrag nach § 39 Absatz 3 Satz 2. Zudem ist hierbei davon auszugehen, dass ein besonderes Näheverhältnis zu der pfle-

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

Zu

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

Zu

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

Zu

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

Zu

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

Zu

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

Zu

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

Zu Nummer 17

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

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

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

Zu Nummer 2 (Neuer Artikel 6a)

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

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2

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

Änderungsantrag 9

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drs. 20/6544

Zu Artikel 1 Nummer 20

(§ 55 Absatz 3 SGB XI-E; Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsdifferenzierung nach Kinderzahl)

Artikel 1 Nummer 20 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

,c) Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 bis 3d ersetzt:

„(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.

(3a) Die Elterneigenschaft sowie die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren müssen gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen sein, sofern diesen die Angaben nicht bereits bekannt sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind.

(3b) Nachweise für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder wirken vom 1. Juli 2023 an; erfolgt der Nachweis für zwischen dem 1. April 2023 und dem 30. Juni 2023 geborene Kinder innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis in Bezug auf den Beitragszuschlag für Kinderlose mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht. Nachweise für Kinder, die im Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 geboren werden, wirken ab Beginn des Monats der Geburt an. Erfolgt der Nachweis für ab dem 1. Juli 2025 geborene Kinder innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird; für Nachweise, die im Verfahren nach Absatz 3c Satz 1 abgerufen werden, gilt Satz 2.

(3c) Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und bürgerfreundliches Verwaltungshandeln zu gewährleisten, wird bis zum 31. März 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis

der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt. Die Bundesregierung berichtet bis zum 31. Dezember 2023 über den Stand der Entwicklung des digitalen Verfahrens.

(3d) Können die Abschlüsse nach Absatz 3 Satz 4 und 5 von den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen nicht ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden, sind sie so bald wie möglich, spätestens bis zum 30. Juni 2025 zu erstatten. In dem Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 gilt der Nachweis auch dann als erbracht, wenn das Mitglied auf Anforderung der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse die erforderlichen Angaben zu den berücksichtigungsfähigen Kindern mitteilt.“ ‘

2. Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

,d) Absatz 3a wird Absatz 4 und die Angabe „Satz 2“ wird durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.‘

Begründung

Zu Nummer 1

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

Zu Absatz 3

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

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

Zu Absatz 3a

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

Zu Absatz 3b

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

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

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

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

Zu Absatz 3c

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

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

Zu Absatz 3d

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

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

Das Bundesverfassungsgericht hat die einschlägigen beitragsrechtlichen Regelungen für verfassungswidrig erklärt, jedoch ihre weitere Anwendung bis spätestens zum 31. Juli 2023 gestattet. Mitglieder mit mindestens zwei Kindern unter 25 Jahren sind somit ab spätestens 1. August 2023 im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung besser zu stellen. Wenn dies aufgrund der Komplexität des Verfahrens nicht rechtzeitig möglich ist, müssen sie rückwirkend zum 1. August 2023 bessergestellt werden. Dazu gehört auch, dass der Erstattungsbetrag gemäß § 27 Absatz 1 Viertes Buch zu verzinsen ist. Der in § 55 Absatz 3 Satz 11, 2. Halbsatz in der Fassung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

bisher für das zweite Halbjahr 2023 vorgesehene Ausschluss der Verzinsung wird deshalb aufgehoben. Die beitragsabführenden Stellen erhalten die Möglichkeit, am digitalen Verfahren teilzunehmen und eine Erstattung bis spätestens zum 30. Juni 2025 vorzunehmen. Dies kann dazu führen, dass die begünstigten Mitglieder gegebenenfalls zeitlich erst später von den Abschlägen profitieren. Um finanzielle Nachteile für sie zu vermeiden, ist der Erstattungsbetrag vollständig zu verzinsen.

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

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Änderungsantrag 10

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drs. 20/6544

Zu Artikel 10 (Inkrafttreten)

(Folgeänderungen beim Inkrafttreten zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege mit Inkrafttreten zum 1. Juli 2025)

Artikel 10 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 wird die Angabe „2 bis 4“ durch die Angabe „2 bis 5“ ersetzt.
2. Folgender Absatz 5 wird angefügt:
„(5) Die Artikel 2a und 6a treten am 1. Juli 2025 in Kraft.“

Begründung

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2

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