



Bundesgesetzblatt

Teil I

2025

Ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 2025

Nr. 371

Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Vom 22. Dezember 2025

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Artikel 1	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 2	Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 3	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 3a	Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 4	Änderung des Pflegezeitgesetzes
Artikel 5	Änderung des Pflegeberufgesetzes
Artikel 6	Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 7	Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 8	Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 9	Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung
Artikel 9a	Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland
Artikel 10	Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes
Artikel 11	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 12	Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
Artikel 13	Änderung des Mutterschutzgesetzes
Artikel 13a	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Artikel 13b	Änderung der Bundespflegesatzverordnung
Artikel 14	Inkrafttreten

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 355) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) In der Angabe zu § 5 wird nach der Angabe „Pflegeeinrichtungen“ die Angabe „und in der häuslichen Pflege“ eingefügt.

- b) Nach der Angabe zu § 17 wird die folgende Angabe eingefügt:
„§ 17a Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6“.
- c) Die Angabe zu § 38a wird gestrichen.
- d) Die Angabe zu dem Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:
„Fünfter Abschnitt
Angebote zur Unterstützung im Alltag; Weitere Leistungen bei häuslicher Pflege;
Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamts,
der Selbsthilfe und der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken“.
- e) In der Angabe zu § 45d wird die Angabe „Selbsthilfe“ durch die Angabe „Selbsthilfe in der Pflege“ ersetzt.
- f) Nach der Angabe zu § 45d wird die folgende Angabe eingefügt:
„§ 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken“.
- g) Die Angabe zu dem Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:
„Sechster Abschnitt
Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen
§ 45f Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
§ 45g Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen
§ 45h Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“.
- h) Nach der Angabe zu § 47a wird die folgende Angabe eingefügt:
„§ 47b Aufgabenerledigung durch Dritte“.
- i) Nach der Angabe zu § 73 wird die folgende Angabe eingefügt:
„§ 73a Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen“.
- j) Nach der Angabe zu § 86 wird die folgende Angabe eingefügt:
„§ 86a Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen“.
- k) Die Angabe zu dem Fünften Abschnitt des Achten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:
„Fünfter Abschnitt
Integrierte Versorgung und Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen“.
- l) Die Angabe zu dem Sechsten Abschnitt des Achten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:
„§ 92c Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen“.
- m) Nach der Angabe zu § 113c wird die folgende Angabe eingefügt:
„§ 113d Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen“.
- n) Die Angabe zu § 114c wird durch die folgende Angabe ersetzt:
„§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht“.
- o) Nach der Angabe zu § 118 wird die folgende Angabe eingefügt:
„§ 118a Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung“.
- p) Die Angabe zu § 122 wird gestrichen.
- q) Vor der Angabe zu § 123 wird die folgende Angabe eingefügt:
„§ 122 Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung“.
- r) Nach der Angabe zu § 125b wird die folgende Angabe eingefügt:
„§ 125c Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung
§ 125d Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen“.
- s) Nach der Angabe zu § 146 wird die folgende Angabe eingefügt:
„§ 146a Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege“.

2. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird nach der Angabe „Pflegeeinrichtungen“ die Angabe „und in der häuslichen Pflege“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen. Bei der Entwicklung und Umsetzung dieser Vorschläge sind Pflegebedürftige sowie, falls sie im Einzelfall an der Versorgung mitwirken, ambulante Pflegeeinrichtungen zu beteiligen. Teil der Umsetzung soll sein:

1. die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie ihrer Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie
2. eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.

Zur Unterstützung der in Satz 3 genannten Umsetzung sollen die Pflegekassen eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen durchführen. Im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c, mit einer Leistungserbringung nach § 36 oder mit einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 kann eine Empfehlung für die in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausgesprochen werden. Die Bedarfserhebung, die Beratung und die Präventionsempfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Verfahren nach den Sätzen 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, der wissenschaftlichen Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele.“

- c) In Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 wird jeweils die Angabe „Absatz 1“ durch die Angabe „den Absätzen 1 und 1a“ ersetzt.
- d) In Absatz 5 wird die Angabe „und“ durch die Angabe „bis“ ersetzt.
- e) Absatz 7 wird gestrichen.

3. § 7a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 8 wird gestrichen.
- b) Absatz 3 Satz 2 und 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachpersonen, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.“

- c) Absatz 7 Satz 4 wird gestrichen.
- d) Absatz 8 wird durch den folgenden Absatz 8 ersetzt:

„(8) Die Pflegekassen stellen eine angemessene Beratung ihrer Versicherten sicher. Die Pflegekassen im Land können hierfür einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen; sie können diese Aufgabe auch an die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung sind zu gewährleisten. Die Pflegekassen können ihre Beratungsaufgaben nach diesem Buch auch ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.“

4. § 7b Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „38a“ durch die Angabe „38“ und die Angabe „45e“ durch die Angabe „45f bis 45h“ ersetzt.
5. In § 7c Absatz 2 Satz 6 Nummer 1 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

6. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3b wird der folgende Absatz 3c eingefügt:

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

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 4 und 5 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Förderfähig sind alle Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, insbesondere für ihre in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern; dazu gehören insbesondere

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie weitere Maßnahmen zur Entlastung insbesondere der in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
2. Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal,
3. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitgestaltung und Dienstplangestaltung, einschließlich Maßnahmen im Zusammenhang mit lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen, Personalpools sowie weiteren betrieblichen Ausfallkonzepten,
4. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten,
5. Maßnahmen zur personenzentrierten und kompetenzorientierten Personalentwicklung unter Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen, einschließlich der Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten, der Personalqualifizierung und der Führung,
6. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit Kunden,
7. Maßnahmen zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur sowie
8. Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland.

Die Maßnahmen im Sinne des Satzes 1 umfassen jeweils alle erforderlichen Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung, insbesondere die Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte und Beschäftigten sowie die Begleitung der Umsetzung. Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse möglich:

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

bb) Der neue Satz 8 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die in den Sätzen 1 und 2 genannten Beträge sollen unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden.“

cc) In dem neuen Satz 11 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

dd) In dem neuen Satz 15 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 14“ ersetzt.

7. § 8a Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung sind von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge zu beachten.“

8. § 9 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Die Länder können bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, sofern diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind. Durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder eine finanzielle Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen als Förderung gilt.“

9. In § 10 Absatz 1 wird die Angabe „ab 2016“ durch die Angabe „ab 2029“ ersetzt.

10. § 11 wird wie folgt geändert:

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

„Dies schließt die Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen für die Erbringung von Leistungen nach diesem Buch ein. Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die über eine Erlaubnis nach den §§ 1 oder 58 Absatz 1 oder 2 des Pflegeberufgesetzes oder § 64 des Pflegeberufgesetzes verfügen.“

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

„(1a) Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistentenpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte und anderes Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt, einzubeziehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über vorhandene Konzepte zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen.“

11. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Pflegekassen bilden zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften.“

- b) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 2 eingefügt:

„(2) Die Pflegekassen stellen ihnen zur Verfügung stehende nicht personenbezogene Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereit. Dabei sind auch relevante nicht personenbezogene Daten der Krankenkassen sowie die Informationen nach § 73a Absatz 2 zu berücksichtigen. Die Aufgabe nach Satz 1 kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe Empfehlungen zu Umfang und Struktur der Daten, zu geeigneten Indikatoren, zum Turnus der Evaluationen, zur Kostentragung und zur Datenaufbereitung. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Oktober 2026 vorzulegen.“

- c) Der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 3.

12. Nach § 15 Absatz 7 wird der folgende Absatz 8 eingefügt:

„(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2026 unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Medizinischen Dienstes Bund einen Bericht vor. Der Bericht ist auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage zu erstellen und hat Folgendes zu umfassen:

1. die Darstellung der Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7, einschließlich der Beurteilung der Wirkung der zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit zu verwendenden Bewertungssystematik, sowie Vorschläge zur möglichen Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments,
2. eine auf wissenschaftlicher Grundlage durchzuführende Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von
 - a) medizinisch-pflegerischen Aspekten,

- b) demographischen Faktoren und
- c) sozioökonomischen Einflüssen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann für die Erstellung des Berichts Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.“

13. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.
- b) In Absatz 1a Satz 3 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

14. § 17a wird durch den folgenden § 17a ersetzt:

„§ 17a

Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Juli 2026 in Richtlinien Folgendes fest:

1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit oder die Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen, gestaffelt nach Qualifikationsniveau, empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird sowie
2. das Nähere zum Verfahren der Empfehlung gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.

Dabei ist der nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches vereinbarte Katalog zu beachten. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien sind alle drei Jahre zu überprüfen und in geeigneten Zeitabständen an den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse anzupassen; für diese Verfahren gilt Absatz 1 Satz 3 entsprechend.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und hinsichtlich Wirtschaftlichkeitsaspekten, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 einen Bericht über die Ergebnisse der Evaluation vor.“

15. § 18a Absatz 10 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.
- b) In Satz 3 wird die Angabe „Pflegefachkräften“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

16. § 18c wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Ist im Fall des § 18a Absatz 5 eine Mitteilung unmittelbar an das Krankenhaus, die stationäre Rehabilitationseinrichtung oder das Hospiz zulässig, hat diese unverzüglich in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen.“

- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

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

„Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro und danach für jede weitere begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen.“

- bb) Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange gehemmt, bis der Verzögerungsgrund weggefallen ist. Wird durch den Eintritt des Verzögerungsgrundes eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 bis zum Ablauf von 15 Arbeitstagen nach Kenntnis des Medizinischen Dienstes oder der Pflegekasse über den Wegfall des Verzögerungsgrundes gehemmt.“

17. § 18e wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „Pflegekassen“ die Angabe „oder dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für seine Mitgliedskassen“ eingefügt.
- b) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt bis zum 30. Juni 2026 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder fachlich unabhängige Sachverständige mit der Durchführung eines Modellvorhabens nach den Absätzen 1 bis 5. In dem Modellvorhaben ist zu prüfen,

1. unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Pflegefachpersonen, die Leistungen nach diesem oder nach dem Fünften Buch erbringen, mit der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18, 18a, 18b und 142a hinsichtlich der von ihnen versorgten Personen beauftragt werden können,
2. ob und inwieweit sich die Feststellungen und Empfehlungen der in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen von den gutachterlichen Feststellungen und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes, insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads, bezogen auf vergleichbare Gruppen von Pflegebedürftigen unterscheiden und
3. ob die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Empfehlung eines Pflegegrads sowie weitere Feststellungen und Empfehlungen durch Pflegefachpersonen zukünftig regelhaft erfolgen sollen und wie die regelhafte Durchführung von Feststellungen und Empfehlungen zur Pflegebedürftigkeit durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen zukünftig umgesetzt werden kann, insbesondere
 - a) für welche Antrags- und Versorgungssituationen eine Übernahme von Aufgaben im Sinne von Nummer 1 in Betracht käme,
 - b) welche nach § 18b zu treffenden Feststellungen und Empfehlungen für welche Gruppen von Pflegebedürftigen durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen getroffen werden könnten und
 - c) welche Veränderungen im Verfahren der Begutachtung unter Bezugnahme auf die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 Satz 1 dafür erforderlich wären; es ist gesondert darauf einzugehen, wie die Begutachtung neutral und unabhängig erfolgen kann.

Die Medizinischen Dienste sind bei der Durchführung des Modellvorhabens zu beteiligen. Der Medizinische Dienst Bund hat einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht zu verfassen. Der Zwischenbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb eines Monats nach Fertigstellung vorzulegen. Der Abschlussbericht hat eine abschließende und begründete Empfehlung zu beinhalten und ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2028 vorzulegen.“

17a. § 25 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Absatz 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet.

§ 7 Absatz 1 Satz 3 und 4 und Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Absatz 1 Satz 3 bis 8 des Fünften Buches gelten entsprechend.“

18. § 28 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 3a wird gestrichen.

bb) Nach Nummer 13 werden die folgenden Nummern 14 und 15 eingefügt:

„14. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45f),

15. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c (§ 45h),“.

cc) Die bisherige Nummer 14 wird zu Nummer 16.

- b) In Absatz 1b wird jeweils die Angabe „§ 45e“ durch die Angabe „§ 45g“ ersetzt.

- c) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:
- „(5) In stationären Pflegeeinrichtungen schließen die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach diesem Buch die in § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Fünften Buches genannten Leistungen ein, wenn diese durch in § 15a des Fünften Buches genannte Pflegefachpersonen im Rahmen der Beschäftigung der Pflegefachpersonen bei der Pflegeeinrichtung erbracht werden. Satz 1 gilt nicht, soweit die Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch erbracht werden.“
19. § 28a wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 3 wird gestrichen.
- b) Die Nummern 4 bis 12 werden zu den Nummern 3 bis 11.
- c) Nach der neuen Nummer 11 wird die folgende Nummer 12 eingefügt:
- „12. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45f,“.
- d) Nummer 13 wird durch die folgenden Nummern 13 und 14 ersetzt:
- „13. die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45g nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b,
14. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, soweit die Leistungen gemäß § 45h bei Pflegegrad 1 zur Anwendung kommen.“
20. § 34 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 wird die Angabe „sechs“ durch die Angabe „acht“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 wird jeweils die Angabe „vier“ durch die Angabe „acht“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:
- „(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht
1. für die Dauer der häuslichen Krankenpflege,
 2. bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr,
 3. bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie
 4. in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Versorgung oder Rehabilitation.“
21. § 36 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:
- „(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat
1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 796 Euro,
 2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 497 Euro,
 3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 859 Euro,
 4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 299 Euro.“
- b) Nach Absatz 4 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:
- „Dabei sind auch Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen möglich.“
22. § 37 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat
1. 347 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
 2. 599 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
 3. 800 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
 4. 990 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“
- b) Absatz 3 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen; Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 können vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen.“
- c) Absatz 3a wird durch den folgenden Absatz 3a ersetzt:
- „(3a) Die Beratung nach Absatz 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen Hilfestellung und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Wird im Rahmen der Beratung festgestellt, dass zur Stärkung der Selbständigkeit oder zur Sicherstellung der Versorgung des Pflegebedürftigen oder zur Entlastung der häuslich Pflegenden aus pflegefachlicher Sicht weitere Maßnahmen erforderlich oder zweckdienlich sind, so sind der Pflegebedürftige und die häuslich Pflegenden im Sinne einer planvollen Unterstützung unter Berücksichtigung der jeweiligen Pflegesituation und zur Vermeidung schwieriger Pflegesituationen insbesondere hinzuweisen auf
1. die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes,

2. die Pflegeberatung nach § 7a einschließlich der Möglichkeit der Erstellung eines Versorgungsplans,
3. die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, und
4. sonstige geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote.

Die Beratungsperson soll der jeweiligen Pflegesituation entsprechende Empfehlungen zur Inanspruchnahme der in Satz 2 genannten Möglichkeiten oder zu deren Kombination aussprechen und diese Empfehlungen mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in den Nachweis über einen Beratungsbesuch nach Absatz 4 aufnehmen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme der in Satz 2 genannten Möglichkeiten zeitnah zu unterstützen.“

- d) In Absatz 3b Nummer 3 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.
e) Absatz 3c wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 einschließlich damit verbundener betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger.“

bb) In Satz 2 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

- f) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachpersonen übermitteln den in Satz 1 genannten Stellen das Nachweisformular im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; das Nähere zum Verfahren regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer.“

- g) Absatz 5a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch, einschließlich der Erkenntnisse zu der Umsetzung der Empfehlungen nach Absatz 3a Satz 3 und 4, durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen.“

23. § 38a wird gestrichen.

- 23a. § 39 Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege ist nicht erforderlich; die Übernahme der Ersatzpflegekosten setzt voraus, dass ein Antrag auf Erstattung unter Nachweis der Kosten bis zum Ablauf des Kalenderjahres gestellt wird, das auf die jeweilige Durchführung der Ersatzpflege folgt.“

24. In § 39a wird die Angabe „, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat,“ gestrichen.

25. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

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

„Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42 Euro nicht übersteigen.“

c) Absatz 4 Satz 2 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4 180 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4 180 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16 720 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.“

d) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachperson bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des

Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung der Pflegefachperson darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer vertragsärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches oder einer Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatz 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. In welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung nach Satz 2 vermutet wird sowie das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die Pflegefachperson bei Antragstellung, bestimmt sich nach den Festlegungen in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 17a.“

- e) In Absatz 7 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

26. § 40a wird wie folgt geändert:

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

„Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und entweder die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende entlasten.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

„Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommen sind, und wird ab dem von den Vertragsparteien vereinbarten Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung wirksam.“

- bb) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Innerhalb der Frist hat die Pflegekasse eine Prüfung vorzunehmen und eine unbefristete Bewilligung zu erteilen, wenn die Prüfung ergibt, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung gemäß den Absätzen 1 oder 1a bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird.“

27. § 40b Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, so hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf

1. die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat und
2. ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat.“

28. § 41 Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 721 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1 357 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1 685 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 2 085 Euro.“

29. § 43 wird wie folgt geändert:

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

„Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 805 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 1 319 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1 855 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2 096 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“

- b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich.“

30. In § 43a Satz 2 wird die Angabe „266 Euro“ durch die Angabe „278 Euro“ ersetzt.

30a. § 43c Satz 6 und 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Pflegekasse berechnet ab dem 1. Juli 2026 den Leistungszuschlag auf Grundlage von Informationen der vollstationären Pflegeeinrichtung, die die pflegebedürftige Person versorgt. Art und Umfang der an die Pflegekasse zu übermittelnden Informationen werden im Rahmen der Festlegungen nach § 105 Absatz 2 Satz 1 bestimmt. Die Pflegekasse entrichtet den berechneten Leistungszuschlag gegenüber der Pflegeeinrichtung. Die Pflegeeinrichtung stellt der von ihr versorgten pflegebedürftigen Person den verbleibenden Eigenanteil in Rechnung.“

31. § 44a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:

„Verstirbt der Pflegebedürftige innerhalb der Pflegezeit, werden die Zuschüsse nach Satz 1 bis zum Ende der Pflegezeit gewährt.“

b) In Absatz 3 Satz 3 wird nach der Angabe „Bescheinigung“ die Angabe „oder der Bescheinigung einer Pflegefachperson“ eingefügt.

32. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„Fünfter Abschnitt

Angebote zur Unterstützung im Alltag; Weitere Leistungen bei häuslicher Pflege;
Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamts,
der Selbsthilfe und der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken“.

33. § 45b Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich.“

34. § 45c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen.

bb) In dem neuen Satz 3 wird nach der Angabe „gewährleisten“ die Angabe „; eine Förderung kann dabei auch zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit erfolgen“ eingefügt.

b) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Im Rahmen der Förderung von Modellvorhaben nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer Weiterentwicklung und einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, in einzelnen Regionen erprobt werden. Das schließt auch Pflegebedürftige am Lebensende mit ein. Ebenso sollen insbesondere Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht weiterentwickelt und erprobt werden. Dabei können jeweils auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.“

c) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen“ durch die Angabe „Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden“ ersetzt.

d) Nach Absatz 8 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesamt für Soziale Sicherung Festlegungen für das Verfahren zur Abwicklung der Förderung, insbesondere zur Erteilung der Förderzusagen, zur Aufhebung von Förderentscheidungen und zur Rückforderung von Fördermitteln zugunsten des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung, beschließen. Die Länder sind vor dem Beschluss anzuhören und ihr Vorbringen ist zu berücksichtigen. Soweit Belange von Fördermittelempfängenden betroffen sind, sind auch die Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene vor dem Beschluss anzuhören.“

e) Absatz 9 wird gestrichen.

35. § 45d wird durch die folgenden §§ 45d und 45e ersetzt:

„§ 45d

Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung

(1) Zum Auf- und Ausbau und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und

vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben, werden je Kalenderjahr Fördermittel im Umfang von 0,21 Euro pro in der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versichertem zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe können auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten; eine Förderung kann dabei auch zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit erfolgen.

(2) Selbsthilfegruppen im Sinne dieser Vorschrift sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige oder vergleichbar Nahestehende das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern.

(3) Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden zur Förderung der in Absatz 1 genannten Zwecke Mittel im Umfang von 0,16 Euro pro Versichertem nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt, um Zuschüsse zu finanzieren, die eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft ergänzen. Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung wird dabei jeweils in Höhe von 75 Prozent der Fördermittel gewährt, die für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet werden.

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

(5) Für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet, das schließt eine entsprechende Anwendung von § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4, Absatz 6 Satz 2 bis 9, Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 ein. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zu bestimmen, soweit die Empfehlungen sich auf Inhalte einer Förderung im Rahmen des Absatzes 3 beziehen.

(6) Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches erfolgt.

§ 45e

Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

(1) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen sowie zur Stärkung der Prävention nach § 5 werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung je Kalenderjahr 20 Millionen Euro bereitgestellt, um die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 2 zu fördern. § 45c Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Fördermittel, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1. Folgende Summen an Fördermitteln können für die Finanzierung einer Geschäftsstelle sowie für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach Absatz 5 verwendet werden:

1. im Jahr 2026 bis zu 200 000 Euro,

2. im Jahr 2027 bis zu 300 000 Euro,
3. im Jahr 2028 bis zu 400 000 Euro und
4. in den Jahren 2029 bis 2031 bis zu höchstens 500 000 Euro jährlich.

(2) Die in Absatz 1 genannten Mittel können für die finanzielle Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Den Kreisen und kreisfreien Städten und den Bezirken der Stadtstaaten Berlin und Hamburg, den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie den organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des § 45c Absatz 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

(3) Gefördert werden können

1. je Kreis oder kreisfreier Stadt mit unter 500 000 Einwohnern bis zu zwei regionale Netzwerke,
2. je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke,
3. in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, pro Bezirk bis zu zwei regionale Netzwerke.

Der Förderbetrag pro regionalem Netzwerk darf jeweils 30 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Die Fördermittel werden dem jeweiligen regionalen Netzwerk für mindestens ein Kalenderjahr und längstens für drei Kalenderjahre bewilligt; bei neu gegründeten Netzwerken soll die Förderung für drei Kalenderjahre bewilligt werden. Bei erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. § 45c Absatz 7 Satz 1 und 3 und Absatz 8 findet entsprechende Anwendung.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke und stellen diese der Geschäftsstelle nach Absatz 5 zur Verfügung. Die jährlichen Übersichten sind durch die Geschäftsstelle auf einer eigenen Internetseite gebündelt zu veröffentlichen.

(5) Die in Absatz 1 Satz 4 genannten Mittel werden in den Jahren 2026 bis 2031 für die Finanzierung einer Geschäftsstelle zur Unterstützung von Netzwerkgründungen, der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken, der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke sowie für eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle verwendet. Die Geschäftsstelle wird vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 1. Oktober 2026 im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit errichtet. Die Errichtung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zudem eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Näheres über das Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Förderung und zur Auszahlung der Fördermittel regeln das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.“

36. Der Sechste Abschnitt des Vierten Kapitels wird durch den folgenden Sechsten Abschnitt ersetzt:

„Sechster Abschnitt

Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen

§ 45f

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 224 Euro monatlich, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 sind,
2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen, sofern es sich um Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 handelt,
3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und

4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfelds sichergestellt werden kann.

Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(2) Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen des Absatzes 1 folgende Daten zu verarbeiten und bei dem Antragsteller folgende Unterlagen anzufordern:

1. eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfüllt sind,
2. die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,
3. den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,
4. Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und
5. die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.

§ 45g

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die in der neuen Wohngruppe Anspruch auf Leistungen nach § 45f haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 613 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 452 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen des § 45f Absatz 1 Satz 1 zu stellen. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

(2) Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

§ 45h

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c

(1) Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege.

(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung gemäß § 36. Wenn der Sachleistungsanspruch nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht Anspruch auf anteiliges Pflegegeld gemäß § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37.

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

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4.“

37. Nach § 47a wird der folgende § 47b eingefügt:

„§ 47b

Aufgabenerledigung durch Dritte

Pflegekassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaften oder den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte und Interessen der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. § 88 Absatz 3 und 4 und die §§ 89 bis 92 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend.“

38. In § 53b Satz 2 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

39. § 55 wird wie folgt geändert:

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

„(3a) Die Elterneigenschaft sowie die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren müssen gegenüber der beitragsabführenden Stelle, bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen sein, sofern diesen die Angaben nicht bereits bekannt sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen im Hinblick darauf, welche Nachweise geeignet sind. Nachweise, die über das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a erbracht werden, sind im Fall der Geburt eines Kindes ab Beginn des Monats der Geburt, ansonsten ab Eintritt eines vergleichbaren Ereignisses, das eine beitragsrechtliche Zuordnung als Kind nach dieser Vorschrift begründet, zu berücksichtigen. Gleiches gilt für Nachweise, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a erfolgen, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt des Kindes oder dem Eintritt eines vergleichbaren Ereignisses erbracht werden. Ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen sind berechtigt, entsprechende Nachweise anzufordern.“

- b) Die Absätze 3b bis 3d werden gestrichen.

- 39a. In § 57 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 3 bis 5“ durch die Angabe „Absatz 3 bis 6“ ersetzt.

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

„§ 69

Sicherstellungsauftrag

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

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

41. § 71 wird wie folgt geändert:

- a) In den Absätzen 1 und 2 Nummer 1 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

„Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachperson im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Pflegefachfrau, Pflegefachmann oder Pflegefachperson,
2. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
3. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
4. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich.“

- bb) In den Sätzen 2 bis 5 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

42. § 72 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Vor Abschluss des Versorgungsvertrages sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 zu beachten. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen.“

b) In Absatz 3b Satz 6 wird die Angabe „innerhalb von zwei Monaten“ durch die Angabe „innerhalb von drei Monaten“ ersetzt.

c) Absatz 3e wird durch den folgenden Absatz 3e ersetzt:

„(3e) Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. Juli jedes Jahres Folgendes mitzuteilen:

1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,
2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. Juli des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind.

Der Mitteilung ist die jeweils am 1. Juli des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen. Tritt nach der Mitteilung nach Satz 1 eine Änderung im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen diese Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich die aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln.“

d) Absatz 3f wird durch den folgenden Absatz 3f ersetzt:

„(3f) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember 2025 die Wirkungen der Regelungen der Absätze 3a und 3b und des § 82c. Im Rahmen der Evaluation ist bis spätestens 31. Dezember 2026 auch zu prüfen, inwiefern das Verfahren und die Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus vereinfacht werden können.“

43. Nach § 73 wird der folgende § 73a eingefügt:

„§ 73a

Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen

(1) Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese Beeinträchtigung umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an einen als Partei des Versorgungsvertrages beteiligten Landesverband der Pflegekassen. Die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.

(2) Bei Anzeigen nach Absatz 1 haben die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung und den weiteren an der pflegerischen Versorgung vor Ort Beteiligten Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen. Die Maßnahmen sind in Abstimmung mit den weiteren zuständigen Stellen, insbesondere den nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, umzusetzen. Dabei können vorübergehend auch Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung und deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch durch die Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe hingenommen werden. Bei nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen sind die bestehenden Instrumente und Mittel des Vertragsrechts anzuwenden.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erstmals zum Stichtag 1. März 2026 und danach halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie der Pflegeplätze in den einzelnen stationären Versorgungsbereichen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und spätestens sechs Wochen nach dem Stichtag vorzulegen. Er ist anschließend vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu veröffentlichen. Der Bericht enthält neben den Angaben nach den Sätzen 1 und 2 auch Bewertungen zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern.“

44. In § 74 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.
45. § 75 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:
„(1a) Bei Verhandlungen haben die Vereinbarungspartner des Absatzes 1 zu prüfen, inwieweit Anforderungen effizient ausgestaltet werden können.“
 - b) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.
- 45a. § 76 Absatz 2 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und in der Regel bis zu zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden.“
46. In § 78 Absatz 2 Satz 8 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe und der“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Verbände der“ ersetzt.
47. § 78a wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Die Vereinbarungen gelten ab dem darin vereinbarten Zeitpunkt.“
 - b) Absatz 4 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Pflegeanwendung
 1. die in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 geregelten Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität erfüllt,
 2. die Anforderungen an den Datenschutz erfüllt und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und
 3. im Sinne der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 einen pflegerischen Nutzen im Sinne des § 40a Absatz 1 oder 1a aufweist.“
 - c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor und hat der Hersteller keine Erprobung nach Absatz 6a beantragt, ist der Antrag abzulehnen.“
 - bb) Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, über die erforderlichen ergänzenden Unterstützungsleistungen.“
 - d) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:
„(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu
 1. den Inhalten des Verzeichnisses, dessen Veröffentlichung, der Interoperabilität des elektronischen Verzeichnisses mit elektronischen Transparenzportalen Dritter und der Nutzung der Inhalte des Verzeichnisses durch Dritte,
 2. den Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität, einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität, den Datenschutz und die Datensicherheit, sowie das Nähere zu dem pflegerischen Nutzen im Sinne des § 40a Absatz 1 oder 1a,
 3. den anzeigepflichtigen Veränderungen der digitalen Pflegeanwendung einschließlich deren Dokumentation,
 4. den Einzelheiten des Antrags- und Anzeigeverfahrens sowie des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte,
 5. dem Schiedsverfahren nach Absatz 1 Satz 3, insbesondere der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, der Erstattung der baren Auslagen und der Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, dem Verfahren, dem Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit und der Vertreter der Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen maßgeblich sind, an den Sitzungen der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3 sowie der Verteilung der Kosten,
 6. den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten und Auslagen,
 7. den nach Absatz 6a Satz 2 zur Erprobung beizufügenden Unterlagen.“

e) Nach Absatz 6 wird der folgende Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Ist dem Hersteller noch nicht möglich, einen pflegerischen Nutzen im Sinne des § 40a Absatz 1 oder 1a nachzuweisen, so kann er nach Absatz 4 auch beantragen, dass die digitale Pflegeanwendung ab dem in Absatz 1 Satz 2 zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Zeitpunkt für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis nach Absatz 3 zur Erprobung aufgenommen wird. Der Hersteller hat dem Antrag folgende Unterlagen beizufügen:

1. Nachweise nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 und 2,
2. eine plausible Begründung für den pflegerischen Nutzen und
3. ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis des pflegerischen Nutzens.

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

47a. In § 82b Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Unterstützung“ die Angabe „durch An- und Zugehörige oder Dritte“ eingefügt.

48. § 82c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „31. Oktober“ durch die Angabe „30. September“ ersetzt.
- b) Nach Absatz 6 Satz 9 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Geschäftsstelle hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 28. Februar 2026 zu berichten, unter welchen technischen Voraussetzungen Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von § 72 Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, die verpflichtenden Meldungen nach § 72 Absatz 3e Satz 1 auch aus den ihnen verfügbaren Daten ihrer Lohnbuchhaltung elektronisch übermitteln könnten.“

49. § 84 Absatz 2 Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; Vergleichsdaten sind transparent darzustellen.“

50. In § 85 Absatz 5 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende die Angabe „; der Antrag kann auch gemeinsam von den Vertragsparteien vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden“ eingefügt.

51. Nach § 86 wird der folgende § 86a eingefügt:

„§ 86a

Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

(1) Aufforderungen zu Pflegesatzverhandlungen sollen rechtzeitig vor Beginn des angestrebten Pflegesatzzeitraumes bei den Kostenträgern nach § 85 Absatz 2 Satz 1 eingereicht werden. Diese bestimmen umgehend eine verbindliche Ansprechperson und teilen diese unverzüglich dem Träger der Pflegeeinrichtung mit. Nachweisforderungen gemäß § 85 Absatz 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen sind zeitnah nach Antragseingang zu stellen und zu bedienen. Die Ansprechperson nach Satz 2 kann befugt werden, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben.

(2) Die der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegten maßgeblichen Annahmen und Werte sind derart zu hinterlegen oder auszuweisen, dass diese bei künftigen Anpassungen, auch in vereinfachten Anpassungsverfahren, für die Parteien leicht zugänglich sind. Die Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land sowie die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 können entsprechende Empfehlungen für vereinfachte Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

(3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum 1. Oktober 2026 abzugeben. Die Empfehlungen betreffen insbesondere

1. die Anforderungen an geeignete Nachweise nach § 85 Absatz 3 zur Darlegung der voraussichtlichen Personal- und Sachaufwendungen einschließlich entsprechender Formulare zur Aufbereitung der Daten,
2. geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- oder Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leicht zugänglich sind,
3. Methoden für vereinfachte Anpassungsverfahren bezogen auf Einzel- und Gruppenverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte bei der Vereinbarung von Pauschalen,
4. die Berücksichtigung nicht anderweitig gedeckter Aufwendungen sowie von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Unterstützung nach § 82b und
5. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.

In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppenverfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen. Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können von Satz 2 abweichende Vorgaben in ihren Rahmenverträgen vereinbaren; im Übrigen sind die Empfehlungen nach Satz 2 für die Parteien der Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen unmittelbar verbindlich.

(4) Kommen die Empfehlungen nach Absatz 3 innerhalb der in Absatz 3 Satz 1 genannten Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestellung fest.

(5) Die Empfehlungen nach Absatz 3 können, bevor sie insgesamt geeint sind, auch in Teilen abgegeben werden; hinsichtlich der Anwendung gilt bis zur Gesamteinigung Absatz 3 Satz 4 entsprechend. Die Empfehlungen sind von den Beteiligten anlassbezogen und in regelmäßigen Abständen auf Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf zu überprüfen.“

52. § 87a Absatz 4 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 3 085 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist.“

53. In § 89 Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „§ 85 Absatz 3 bis 7 und § 86“ durch die Angabe „§ 85 Absatz 3 bis 7, die §§ 86 und 86a“ ersetzt.

54. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„Fünfter Abschnitt

Integrierte Versorgung und Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen“.

55. Der Sechste Abschnitt des Achten Kapitels wird durch den folgenden § 92c ersetzt:

„§ 92c

Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen können Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen. Die Verträge regeln auf der Grundlage der Empfehlungen nach Absatz 5 und unter entsprechender Anwendung von § 89

1. ein Basispaket mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36, deren Organisation eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsanspruchnahme der Pflegebedürftigen übernommen und deren Erbringung insgesamt sichergestellt wird,
2. eine über das Basispaket in Nummer 1 nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36, die über die ambulante Pflegeeinrichtung gewährleistet wird; diese Leistungen können auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch Angehörige, Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbringen,

3. eine Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches als Teil des in Nummer 1 genannten Basispakets sowie eine nach Art und Inhalt über das Basispaket hinausgehende Versorgung mit diesen Leistungen,
4. die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 1 bis 3,
5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie die Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a und
6. die Vergütung und Abrechnung der Leistungen nach den Nummern 1 bis 3 unter Einbezug der bestehenden Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen; hinsichtlich der in den Nummern 1 und 3 genannten Basispakete ist § 87a Absatz 1 entsprechend anzuwenden.

Bei der Vereinbarung einer Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Satz 2 Nummer 3, die über das Basispaket hinausgehen, sind die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde zu legen; § 132a Absatz 4 Satz 1 bis 10 und 16 bis 18 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Voraussetzung für den Vertragsabschluss nach Absatz 1 ist, dass

1. mehr als zwei pflegebedürftige Personen zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben und die räumliche Gestaltung einer selbstbestimmten Versorgung entspricht und
2. eine qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung für die Pflegebedürftigen auf Grundlage eines entsprechenden Versorgungskonzeptes sowie ein aufgaben- und kompetenzorientierter Personaleinsatz sichergestellt ist.

Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 die Verantwortung für die Qualität der Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 in der gemeinschaftlichen Wohnform, die von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation von einem Pflegedienst im Sinne des § 71 Absatz 1 oder von einem Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Absatz 1a erbracht werden. Betreuungsdienste im Sinne des § 71 Absatz 1a können keine Verträge nach Absatz 1 Satz 1 schließen. Träger von stationären Pflegeeinrichtungen, die gleichzeitig Träger einer selbständig wirtschaftenden ambulanten Pflegeeinrichtung sind, können einen Vertrag nach Absatz 1 für diese ambulante Pflegeeinrichtung schließen. Hierfür ist der Weg über einen Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2 Satz 1 eröffnet.

(3) Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgelegt. Der Schiedsstelle gehören in diesem Fall auch Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden.

(4) Träger von ambulanten Pflegeeinrichtungen sind nicht zum Abschluss eines Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Bis zum 1. Januar 2026 geschlossene Verträge auf Basis der Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch können auf Verlangen des Einrichtungsträgers bis zum Vorliegen der Empfehlungen nach Absatz 5 sowie der Ergebnisse der Modellerprobung gemäß § 125d verlängert werden und sind nach deren Vorliegen innerhalb von zwölf Monaten anzupassen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum 1. Januar 2027 Empfehlungen zu den Vertragsinhalten und Vertragsvoraussetzungen nach den Absätzen 1 und 2. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Evaluation der bereits durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sind insbesondere hinsichtlich der Kriterien Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung und soziale Einbindung der Pflegebedürftigen bei den Empfehlungen nach Satz 1 zu Grunde zu legen. Die vorliegenden Erkenntnisse aus den Modellen nach § 8 Absatz 3a und 3b sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind zu beachten. Die Empfehlungen beinhalten auch Aussagen

1. über die erforderliche Anwesenheit und Erreichbarkeit von Personal in den gemeinschaftlichen Wohnformen und
2. darüber, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches von dem in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten Basispaket umfasst sein können.

Die die Empfehlungen beschließenden Parteien arbeiten mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene eng zusammen; die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Werden die Empfehlungen innerhalb der genannten Frist ganz oder teilweise nicht beschlossen, bestellen die Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für

Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach ihrer Bestellung fest.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum 1. Januar 2030 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Absatz 1 vor. Der Schwerpunkt des Berichts liegt insbesondere auf der Zahl, dem Standort, der Trägerschaft, der Personalstruktur und -ausstattung, der Vergütung, den Leistungsausgaben und der Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen sowie auf der Qualität der Versorgung im Vergleich zur Versorgung in sonstiger ambulanter und in vollstationärer Pflege. Bei der Evaluation ist auch die Einbeziehung Angehöriger, sonstiger Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätiger in die Versorgung zu berücksichtigen.“

56. In § 97 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „38a, 40“ durch die Angabe „40, 45f“ ersetzt.

57. In § 106a Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

58. § 109 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

„5. Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Art, Ursache, Grad und Dauer der Pflegebedürftigkeit, Art des Versicherungsverhältnisses,“.

b) In Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

c) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Von der statistischen Geheimhaltungspflicht ausgenommen sind Angaben zur Art und zu den organisatorischen Einheiten der Pflegeeinrichtungen sowie zu den Entgelten der stationären Pflegeeinrichtungen. Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht jedoch, wenn Träger der Pflegeeinrichtungen auf Ebene einzelner Verbände ausgewiesen werden.“

59. In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 45c, 45d“ durch die Angabe „§§ 45c bis 45e“ ersetzt.

60. In § 112a Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

61. § 113 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst. Die Vereinbarungen nach Satz 1 müssen auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 innerhalb von sechs Monaten nach deren Vorliegen um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c ergänzt werden. In den Vereinbarungen sind insbesondere auch die Voraussetzungen für eine fachgerechte Pflegeprozessverantwortung sowie Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen an die Pflegedokumentation sind so zu gestalten, dass sie in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann. Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für die Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen. In den Vereinbarungen ist zu regeln, welche Fort- und Weiterbildungen ganz oder teilweise in digitaler Form durchgeführt werden können; geeignete Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen sind durch die Pflegekassen anzuerkennen. Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen. Die Vereinbarungen sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Soweit sich in den Pflegeeinrichtungen zeitliche Einsparungen ergeben, die Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation auf Grundlage des pflegefachlichen Fortschritts durch neue, den Anforderungen nach Satz 5 entsprechende Pflegedokumentationsmodelle sind, führen diese nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.“

62. § 113b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 5 und 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene angehören; die Entscheidung hierüber obliegt den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Sofern die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ein Mitglied entsenden, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet.“

b) Nach Absatz 3 Satz 8 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Der erweiterte Qualitätsausschuss kann sich bis zu zweimal pro Kalenderjahr auf Initiative des unparteiischen Vorsitzenden auch mit Themen zur Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung befassen, die über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinausgehen und zu diesen Themen Entscheidungen treffen. Mit einfacher Mehrheit kann der erweiterte Qualitätsausschuss auch darüber entscheiden, ob eine Arbeitsgruppe gemäß Absatz 7 Satz 1 Nummer 8 eingerichtet und vom unparteiischen Vorsitzenden mit Unterstützung der Geschäftsstelle nach Absatz 6 geleitet wird.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:

„6. bis zum 1. Januar 2029 spezifische Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und für die Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und einen Abschlussbericht vorzulegen; dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatoren-gestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist; sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.“

bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der unparteiische Vorsitzende nach Absatz 3 Satz 1 können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen. Die Ablehnung eines Vorschlags muss in einer schriftlichen Stellungnahme begründet werden. Diese ist auf der Internetseite des Qualitätsausschusses zu veröffentlichen.“

d) In Absatz 4a Satz 1 wird die Angabe „Nummer 1 bis 3“ durch die Angabe „Nummer 1, 2, 3 und 6“ ersetzt.

e) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

63. § 113c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 wird durch die folgenden Nummern 2 und 3 ersetzt:

„2. für die Zwecke des Modellvorhabens nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wurde oder

3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes hat und überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.“

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

„(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 hinausgeht, kann die Pflegeeinrichtung

1. bis zum 31. Dezember 2026 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten, das über eine mindestens einjährige medizinische, soziale oder hauswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt, und

2. für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,

a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:

aa) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 eine Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderung beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BANZ AT 17.02.2016 B3) erfüllt, oder

bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des Pflegeberufgesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, 3, 4 oder 5 des Pflegeberufgesetzes oder

- b) das für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 berücksichtigt werden kann, wenn das Bestehen einer berufsqualifizierenden Prüfung aufgrund von berufspraktischen Erfahrungen in der Pflege, sonstigen Qualifizierungsmaßnahmen oder beidem nach landesrechtlichen Regelungen auf die Dauer der in Absatz 1 Nummer 2 genannten Ausbildungen angerechnet werden kann. Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war.

Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden. Die Stellenanteile, die bis zum 31. Dezember 2026 mit Personal nach Satz 1 Nummer 1 besetzt wurden, können ab dem 1. Januar 2027 zusätzlich zu den verhandelten Stellenanteilen nach Absatz 1 Nummer 2 vereinbart werden. Der Durchführung einer Ausbildung nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa steht es gleich, wenn die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30. Dezember 2028, begonnen wird und das Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. Die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 umfassen auch Empfehlungen zu den Aufgabenbereichen für Personal nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3; wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c erarbeitet wurden, sind dabei zu berücksichtigen. Die Parteien nach Satz 1 arbeiten im Rahmen der gemeinsamen Empfehlungen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 nicht zustande, wird auf Antrag einer Partei nach Satz 1 ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die gemeinsamen Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen zu gleichen Teilen.“

- c) Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. die erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal, das von der Pflegeeinrichtung für die personelle Ausstattung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorzuhalten ist; bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen neben Pflegefachpersonen auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können, dazu gehören insbesondere staatlich anerkannte Hauswirtschaftler, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fachangestellte und Physiotherapeuten sowie konzeptabhängig Heilerziehungspfleger, deren Qualifikationsprofil die Voraussetzungen des Beschlusses der Kultusministerkonferenz vom 16. Dezember 2021 „Kompetenzorientiertes Qualifikationsprofil für die Ausbildung von Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger an Fachschulen“ in der Fassung, die auf der Internetseite der Kultusministerkonferenz veröffentlicht ist, erfüllen; die erforderlichen Qualifikationen für das vorzuhaltende Personal nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 werden auch eingehalten, wenn hierfür das Personal mit einer jeweils höheren Qualifikation vorgehalten wird; im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 wird die Eingruppierung und im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt.“

- d) Absatz 8 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ferner berichtet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 überschreitet, über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 3 vorgehalten wird, und über die Anzahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchführen, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden oder die sich an den Zielen und der Konzeption der Modellprojekte nach § 8 Absatz 3b orientieren.“

64. Nach § 113c wird der folgende § 113d eingefügt:

„§ 113d

Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung
der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beauftragen gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2026 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle mit der Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen. Die beauftragte Geschäftsstelle soll insbesondere die folgenden Zielgruppen und Maßnahmen unterstützen:

1. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung,
2. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 3 bis 5 entsprechen,
3. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von personenzentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, für vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1,
4. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und
5. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, personenzentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Die Unterstützung nach Satz 2 soll insbesondere erfolgen durch

1. die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen zu den Maßnahmen nach Satz 2, insbesondere für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um entsprechende Schulungsmaßnahmen bundesweit in geeigneter regionaler Dichte und Häufigkeit anbieten zu können, sowie
2. die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, von Assessmentinstrumenten und Konzepten zur Nutzung durch Pflegefachpersonen und Führungskräfte in der Pflege zu den Maßnahmen nach Satz 2 und die öffentliche Bereitstellung dieser Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte im Internet.

Der Medizinische Dienst Bund und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie weitere relevante Fachorganisationen sind bei der Entwicklung der Maßnahmen nach Satz 2 zu beteiligen. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der Geschäftsstelle, insbesondere zur Auswahl und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, regeln die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 in einer Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle ist bis zum 31. Dezember 2029 befristet. Sie legt der oder dem Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege jährlich, erstmals zum 31. März 2028, einen Bericht über ihre Arbeit vor.“

65. § 114 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Die Prüfaufträge nach Absatz 1 werden ab dem 1. Januar 2028 digital erteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Planung, zur Auftragsvergabe und zur Durchführung von Qualitätsprüfungen bis zum 31. Oktober 2027 eine Daten- und Kommunikationsplattform; durch die Landesverbände der Pflegekassen eingesetzte digitale Formate zur Übermittlung der Prüfaufträge und der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 115 Absatz 1 sind dabei zu berücksichtigen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit 10 Prozent an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Daten- und Kommunikationsplattform. Die Plattform enthält aktuelle einrichtungsbezogene Daten und Informationen, insbesondere zu Anzahl und Art der durchgeführten Prüfungen sowie für den vollstationären Bereich zu unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 und zu Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt auf Grundlage der Daten- und Kommunikationsplattform statistische Datenauswertungen

1. zur Anzahl der erteilten Prüfaufträge und durchgeführten Qualitätsprüfungen in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen,
2. zur Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und
3. zur Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c und der unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 43b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der Leistungen des Basispaketes bei gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung (§ 92c).“

bb) In Satz 10 wird die Angabe „Satz 10“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.

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

„(2a) Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni 2026 das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen, insbesondere, unter welchen Voraussetzungen Prüfaufträge angesichts längerfristiger Krisensituationen von nationaler oder regionaler Tragweite angemessen sind und ob und welche spezifischen Vorgaben, insbesondere zum Schutz der pflegebedürftigen Personen und der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen und der Prüfdienste, zu beachten sind. Dabei sind insbesondere aktuelle wissenschaftliche und krisenrelevante Erkenntnisse zu berücksichtigen. Der Beschluss nach Satz 1 ist entsprechend der Entwicklung einer jeweiligen Krisensituation von nationaler oder regionaler Tragweite vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu aktualisieren. Er ist für die Landesverbände der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich. Wenn Krisensituationen von nationaler oder regionaler Tragweite der Durchführung von Qualitätsprüfungen entgegenstehen, kann auf Grundlage des Beschlusses nach Satz 1 von den zeitlichen Vorgaben für den Abstand von Qualitätsprüfungen nach Absatz 2 Satz 1 und § 114c Absatz 1 Satz 1 abgewichen und der Abstand um höchstens ein Jahr verlängert werden.“

66. § 114a wird wie folgt geändert:

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

„Die Prüfungen sind grundsätzlich zwei Arbeitstage zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen.“

b) Absatz 2 Satz 2 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei der Prüfung von ambulanten Pflegediensten sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung der von dem Pflegedienst versorgten Person auch in deren Wohnung zu überprüfen; bei ambulanten Pflegediensten mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c sind diese berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes sowohl in den Gemeinschaftsräumen als auch in den Wohnräumen der versorgten Personen zu überprüfen. Soweit Räume im Sinne der Sätze 1 und 2 zweiter Halbsatz einem Wohnrecht unterliegen, dürfen sie ohne Einwilligung der darin Wohnenden nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann.“

c) Nach Absatz 3 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„An die Pflegedokumentation dürfen nur die in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 festgelegten Anforderungen gestellt werden.“

d) Absatz 5 Satz 2 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Stellt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf Grundlage der Berichterstattung nach § 114c Absatz 3 Satz 3 eine Unterschreitung der Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. fest, übermittelt er die entsprechenden Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung. In diesem Fall stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung die Höhe der Unterschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung nach Anhörung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes Bund fest. Der Finanzierungsanteil ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführten Prüfungen und der Anzahl der Prüfungen, die nach der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfquote durchzuführen sind. Im Rahmen der Anhörung nach Satz 3 kann der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. den Nachweis erbringen, dass die

Unterschreitung der Prüfquote nicht von ihm oder seinem Prüfdienst zu vertreten ist. Gelingt der Nachweis zur Überzeugung des Bundesamtes für Soziale Sicherung nicht, fordert dieses den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. auf, den Finanzierungsanteil binnen vier Wochen an den Ausgleichsfonds (§ 65) zu zahlen.“

e) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

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

67. § 114c wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 114c

Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in
vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bei guter Qualität
und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht“.

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

„(1) Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023 und in einer zugelassenen teilstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2027 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist. Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die betroffenen Einrichtungen entsprechend den Maßgaben eines vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegten bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus. Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. Bei der Erstellung der Richtlinien sind für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Dabei sind die Besonderheiten der teilstationären Pflege zu berücksichtigen. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine vollstationäre Einrichtung erreicht worden ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sind hierbei für teilstationäre Pflegeeinrichtungen allein maßgeblich. Für ambulante

Pflegeeinrichtungen sollen mit ihrem Wirksamwerden die Instrumente für die Prüfung der Qualität nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 sowie die Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen für die Feststellung sowie für die Erstellung der Richtlinien im Übrigen maßgeblich sein. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 3 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. Qualitätsprüfungen, die nach § 114 in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c durchgeführt werden; die entsprechenden Daten sollen nach Ländern aufgeschlüsselt werden.“

bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Bericht nach Satz 1 hat erstmals zum 31. März 2028 und danach jährlich jeweils eine statistische Datenauswertung gemäß § 114 Absatz 1a Satz 5 aufgeschlüsselt nach Ländern zum Stichtag 31. Dezember zu enthalten.“

68. § 115 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren insbesondere auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Absatz 1 und der Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich sowie für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, 2, 3 und 6 vergebenen Aufträge zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 4 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Bei der Darstellung der Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung und jeder gemeinschaftlichen Wohnform mit einem Vertrag zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c auszuhängen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind von den Vertragsparteien unverzüglich nach Inkrafttreten der Richtlinien zu Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 114a Absatz 7 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort; dies gilt entsprechend auch für die bestehenden Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen).“

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Pflege“ die Angabe „oder in der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „Pflege“ die Angabe „oder die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.

c) In Absatz 6 Satz 1 wird nach der Angabe „stationären Pflegeeinrichtung“ die Angabe „oder einer anderen gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.

69. § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Pflegeeinrichtungen einschließlich der vollständigen Übernahme der Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden und nach Maßgabe von dazu zwischen diesen getroffenen Vereinbarungen über Verfahrensweise und Kostentragung sowie“.

70. § 118 Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bei Erarbeitung oder Änderung

1. der in § 17 Absatz 1 und 1c, § 112a Absatz 2, § 114a Absatz 7, § 114c Absatz 1 und § 115a Absatz 3 bis 5 vorgesehenen Richtlinien,

2. der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 115 Absatz 1a sowie § 115a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b sowie der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 113c und der Vereinbarungen nach § 115a Absatz 1 Satz 1 und

3. von Empfehlungen nach § 92c Absatz 5

wirken die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 2 beratend mit.“

71. Nach § 118 wird der folgende § 118a eingefügt:

„§ 118a

Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

(1) Bei den Aufgaben nach diesem und dem Fünften Buch wirken die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene (maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene) im Rahmen der in der jeweiligen Regelung vorgesehenen Beteiligungsform mit. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene müssen dabei die berufsständischen Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Landesebene, die Belange von beruflich Pflegenden vertreten, und weitere Organisationen, die Belange von beruflich Pflegenden auf Bundesebene vertreten, beteiligen.

(2) Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 3 erlassenen Rechtsverordnung beteiligt werden, damit sie die in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen, haben in den in der Verordnung nach Absatz 3 geregelten Fällen Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind, sowie auf den Ersatz des Verdienstausfalls. Das Nähere wird in der Verordnung nach Absatz 3 geregelt.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere festzulegen über

1. die Voraussetzungen für eine Anerkennung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene,

2. die anerkannten maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene,

3. das Verfahren der Beteiligung sowie

4. die Voraussetzungen, den Umfang, die Finanzierung und das Verfahren für die Erstattung von Reisekosten und des Ersatzes des Verdienstausfalls.“

72. Vor § 123 wird der folgende § 122 eingefügt:

„§ 122

Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bildet gemeinsam mit den Pflegekassen, unter Einbeziehung der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, vom 1. April 2026 bis zum 31. Juli 2030 ein Gremium zur Kooperation hinsichtlich der Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen oder anderen formalen Vorgaben, die von Pflegekassen im Rahmen der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden. Das Gremium untersucht die von Pflegekassen bisher eingesetzten Formulare und formalen Vorgaben und überprüft und entwickelt diese sowie Hilfestellungen bei der Antragstellung mit den folgenden Zielsetzungen weiter:

1. den Einsatz von Vorgaben und die Abfrage von Informationen jeweils auf das für die Antragsbearbeitung notwendige Maß zu reduzieren und Informationen, die der Pflegekasse bereits bekannt sind, nicht unnötig erneut abzufragen,

2. aus Sicht der Versicherten nachvollziehbare und verständliche Formulierungen zu verwenden, den Einsatz von Formularen und anderen formalen Vorgaben darauf auszurichten, dass diese für die Antragstellenden als Hilfestellung dienen, sowie deutlich erkennbar zu machen, wenn ein Formular als Hilfestellung zur Verfügung gestellt wird, eine rechtliche Pflicht zur Nutzung aber nicht besteht,
3. wo dies sinnvoll erscheint, für die Antragstellenden Erläuterungen zur Verfügung zu stellen, auch durch Einbindung von Erläuterungen in Online-Beantragungsmöglichkeiten; mit Erläuterungen kann auch nachvollziehbar gemacht werden, wofür die abgefragten Angaben benötigt werden oder welche Folgen es hat, wenn bestimmte Angaben nicht gemacht werden,
4. niedrigschwellig auf bestehende Möglichkeiten der Beratung zu und Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen hinzuweisen, einschließlich beispielsweise Kontaktdaten konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, sowie außerdem, soweit diese vorhanden sind und es sich als sinnvoll erweist, auf weitere Unterstützungs- und Informationsmöglichkeiten hinzuweisen, beispielsweise Auskunftsansprüche oder auch digitale Hilfestellungen, und
5. eine gute Digitalisierbarkeit der Bearbeitung von Anträgen, die bei den Pflegekassen eingehen, vorzubereiten.

In die Überlegungen sind dabei gleichberechtigt sowohl digitale Möglichkeiten der Antragstellung als auch andere, nicht digitale Möglichkeiten und Zugangswege zu einer Antragstellung einzubeziehen. In die Untersuchung können ebenfalls formale Vorgaben mit einbezogen werden, die sich nicht auf die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird auf dessen Wunsch in das Gremium einbezogen. Die Umsetzung der in dem Gremium erarbeiteten Ergebnisse durch die Pflegekassen im Rahmen der Selbstverwaltung erfolgt fortlaufend; das Gremium veranlasst bei Vorliegen von umsetzungsreifen Ergebnissen jeweils die Weitergabe an die für die Umsetzung zuständigen Stellen, um Erleichterungen in der Praxis zeitnah zu verwirklichen.

(2) Zu den Aufgaben des Gremiums gehört auch

1. sich im Rahmen der Selbstverwaltung der Pflegekassen für eine sachgerechte Verankerung einer dauerhaften Vereinfachung und Vereinheitlichung bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung und einer Reduktion formaler Vorgaben auf das erforderliche Maß einzusetzen sowie dabei ebenfalls eine für alle Beteiligten praxisgerechte Digitalisierbarkeit im Rahmen der Antragsbearbeitung in den Blick zu nehmen,
2. die Erstellung eines Leitfadens für ein versichertengerechtes Vorgehen und eine empfehlenswerte Gestaltung von Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung,
3. in die Beratungen mit einzubeziehen und Vorschläge zu entwickeln, wie schlanke und schnelle, zugleich aber auch die zweckgerechte Verwendung von Mitteln der Pflegeversicherung sicherstellende Verfahren zum Vorgehen bei Kostenerstattungsansprüchen nach diesem Buch gestaltet werden könnten.

(3) Im Hinblick auf die Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele und die Verwirklichung der in Absatz 2 genannten Aufgaben sind nach diesem Buch Anspruchsberechtigte, für diese Vertretungsberechtigte und Pflegepersonen sowie Versicherte ohne oder mit geringen Vorerfahrungen mit Leistungen nach diesem Buch einzubeziehen. Die Einbeziehung erfolgt durch Einbindung verschiedener entsprechender Vertreterinnen und Vertreter dieser Gruppen in dem Gremium nach Absatz 1 sowie darüber hinaus auch wissenschaftlich gestützt. Das Gremium kann eine Einbeziehung weiterer Beteiligter, insbesondere beispielsweise des Medizinischen Dienstes Bund und der Gesellschaft für Telematik nach § 310 des Fünften Buches, vorsehen.

(4) Für die Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 3 kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen. Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Soweit im Rahmen der Maßnahmen personenbezogene Daten benötigt werden sollten, können diese nur mit Einwilligung der betroffenen Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über den Fortschritt der Arbeit des Gremiums und die erfolgte Umsetzung von Ergebnissen. Auf Verlangen des Bundesministeriums für Gesundheit kann dieses an Sitzungen des Gremiums teilnehmen. Spätestens bis zum 31. Dezember 2030 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit einen Abschlussbericht zu dem Projekt vor und berichtet über die bis dahin erfolgten sowie absehbaren Umsetzungen und die weiteren geplanten Umsetzungen der in dem Gremium entwickelten Erkenntnisse durch die Pflegekassen.“

73. § 123 wird wie folgt geändert:

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

„(1) Im Zeitraum von 2025 bis 2029 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehende vor Ort und im Quartier. Die Förderung erfolgt, unbeschadet des Absatzes 5 Satz 3, im Zeitraum von 2025 bis 2028 aus dem

Ausgleichsfonds mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr; im Jahr 2029 erfolgt die Förderung ausschließlich mit nicht verbrauchten Mitteln des Jahres 2028 nach Maßgabe des Absatzes 5 Satz 3. Die Förderung dient insbesondere dazu,

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 den Sätzen 1 und 2 erfolgt, wenn die Modellvorhaben auf der Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Vorschriften auch durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft gefördert werden. Sie erfolgt jeweils in gleicher Höhe wie die Förderung, die vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 60 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht werden kann. Die Förderung von Modellvorhaben durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach den Sätzen 1 und 2 setzt voraus, dass diese den Empfehlungen nach Absatz 3 entsprechen, und erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.“

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

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

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr bis einschließlich 2028 nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr bis einschließlich 2029 das Fördervolumen des jeweiligen Landes.“

74. § 125a wird durch den folgenden § 125a ersetzt:

„§ 125a

Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

(1) Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 5 Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt.

(2) Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Planung des Modellvorhabens im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie mit der Gesellschaft für Telematik nach § 310 des Fünften Buches erfolgt.

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

75. Nach § 125b werden die folgenden §§ 125c und 125d eingefügt:

„§ 125c

Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen führt in den Jahren 2026 und 2027 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung nach dem Achten Kapitel durch. Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, dass die Beteiligten dem allgemein anerkannten Stand entsprechende, technisch verfügbare Möglichkeiten elektronischer und digitaler Verfahren für die Verhandlungen einbeziehen, damit Verhandlungen effizient und zügig zum Abschluss gebracht werden können. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben einrichtungsbezogene Daten benötigt werden, können

diese mit Einwilligung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden; personenbezogene Daten dürfen nicht erhoben werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales abzustimmen.

§ 125d

Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann in den Jahren 2026 bis 2028 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung von zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2 vereinbaren. Gegenstand der Erprobung sind

1. der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch die Abwahlmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 sowie
2. die Erbringung von Leistungen im Sinne des § 36 und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für Versicherte außerhalb der Pflegeeinrichtung.

(2) Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, die Wirkungen auf die pflegerische Versorgung umfassend, insbesondere bezüglich Planbarkeit, Verlässlichkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen, Kosteneffizienz, Auswirkungen auf den Personalbedarf und in Bezug auf die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten, zu untersuchen und dabei die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen, den Pflegekräften und den pflegenden An- und Zugehörigen einzubeziehen. Im Hinblick auf Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 ist insbesondere zu untersuchen, wie der Beitrag der An- und Zugehörigen an der Versorgung so bestimmt und deren Anleitung in einem Maße sichergestellt werden kann, dass der Beitrag vollwertig in die Versorgung einbezogen werden und sich eigenanteilsreduzierend auswirken kann. Darüber hinaus sind entsprechende Haftungsfragen zu klären. Im Hinblick auf Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ist insbesondere zu untersuchen, ob und wie durch vertragliche Festlegung der Leistungs- und Kostenabgrenzung ausreichend notwendige Transparenz geschaffen werden kann, um eine Doppelfinanzierung beim Personaleinsatz zu vermeiden. Die Modellvorhaben sind auf längstens zwei Jahre zu befristen. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese mit Einwilligung der betreffenden Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales abzustimmen.

(3) Die am Modellvorhaben teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erproben mindestens eine der in Absatz 1 Satz 2 genannten Flexibilisierungen. Es sind jeweils die Vorschriften dieses Buches anzuwenden; im Einzelfall kann von den Regelungen des Siebten und des Achten Kapitels abgewichen werden. Bei einer Erprobung, die die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches zum Gegenstand hat, haben die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich einen Vertrag nach § 132a Absatz 4 des Fünften Buches abzuschließen. Im Einzelfall kann bei Vertragsschluss von den Vorgaben des § 132a Absatz 4 des Fünften Buches abgewichen werden. Die Flexibilisierung der Leistungserbringung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen zur Versorgung kann bis zu zwei Jahre nach dem Ende des Modellvorhabens und bis zu zwölf Monate nach dem Vorliegen der Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 gültig bleiben.“

76. Nach § 146 wird der folgende § 146a eingefügt:

„§ 146a

Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege

(1) Die Pflegekassen übernehmen im Zeitraum vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2035 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege für pflegebedürftige satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn

1. diese innerhalb des Klausurbereichs einer Ordenseinrichtung leben, in der die pflegerische Versorgung der Ordensmitglieder oder Angehöriger anderer Ordensgemeinschaften bis zum 31. Dezember 2025 auf eigener vertraglicher Grundlage mit den Pflegekassen erbracht wurde, und
2. die pflegerische Versorgung weiterhin innerhalb des Klausurbereichs einer Ordenseinrichtung erbracht und durch diese sichergestellt wird.

Der Anspruch ist in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad je Kalendermonat auf die Höhe der Beträge nach § 43 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 begrenzt. Weitere Ansprüche auf Leistungen nach den §§ 36 bis 45h stehen den Pflegebedürftigen daneben nicht zu.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen für die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Ordensgemeinschaften entwickeln gemeinsam ein Konzept zur langfristigen pflegerischen Versorgung der pflegebedürftigen Personen nach Absatz 1 unter Einhaltung der Vorschriften dieses Buches und ergreifen entsprechende Maßnahmen zur Umsetzung.“

77. § 150 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird gestrichen.

b) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräften“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

78. § 154 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 11 wird die Angabe „31. Dezember 2025“ durch die Angabe „30. Juni 2026“ ersetzt.

b) Satz 13 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Jahresabrechnungen, die nicht oder nach dem 30. Juni 2026 bei den Pflegekassen eingereicht werden, führen zu einer Kürzung ausgezahlter Ergänzungshilfen der Pflegeeinrichtungen um 100 Prozent für den betreffenden Zeitraum.“

Artikel 2

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

§ 113c wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr“ durch die Angabe „mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegefachassistenzgesetzes oder § 50 des Pflegefachassistenzgesetzes“ ersetzt.

2. Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,

a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:

aa) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 eine Ausbildung nach dem Pflegefachassistenzgesetz oder

bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach den Teilen 2, 3 oder 5 des Pflegeberufgesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, 3, 4 oder 5 des Pflegeberufgesetzes oder

b) das für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 berücksichtigt werden kann, wenn das Bestehen einer berufsqualifizierenden Prüfung aufgrund von berufspraktischen Erfahrungen in der Pflege, sonstigen Qualifizierungsmaßnahmen oder beidem nach dem Pflegefachassistenzgesetz auf die Dauer der in Absatz 1 Nummer 2 genannten Ausbildungen angerechnet werden kann.“

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 19 Absatz 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 370) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0a. § 4 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Im Jahr 2026 dürfen sich die sächlichen Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse nicht um mehr als 8 Prozent gegenüber dem Jahr 2024 erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen für Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e.“

0b. § 6 Absatz 3a wird durch die folgenden Absätze 3a und 3b ersetzt:

„(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig waren. Entfällt für diese Personen die Versicherungsfreiheit, die Befreiung von der Versicherungspflicht oder die hauptberufliche selbständige Erwerbstätigkeit nach Vollendung des 55. Lebensjahres, gelten die Versicherungsfreiheit, die Befreiung von der Versicherungspflicht oder die wegen hauptberuflich

selbständiger Erwerbstätigkeit nicht bestehende Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 5 als im Sinne des Satzes 2 fortbestehend. Der Voraussetzung nach Satz 2 auch in Verbindung mit Satz 3 steht die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in den Sätzen 2 und 3 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 versicherungspflichtig sind.

(3b) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres eine Absicherung im Krankheitsfall begründen, die nach zwischenstaatlichen oder supranationalen Vorschriften einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt ist, sind, auch wenn sie nach Begründung dieser Absicherung im Krankheitsfall nach diesem Buch versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor der Begründung dieser Absicherung im Krankheitsfall nicht gesetzlich versichert waren und mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig waren. Absatz 3a Satz 4 gilt entsprechend.“

0c. § 10 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet.

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

1. eine Rente wegen Alters als Teilrente in Anspruch nehmen,
2. die in Satz 1 Nummer 5 genannte Voraussetzung nicht erfüllen würden, wenn sie die Rente stattdessen in voller Höhe in Anspruch nehmen würden und
3. zuletzt vor Inanspruchnahme der Teilrente nicht gesetzlich krankenversichert waren.“

1. § 15 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 63 Abs. 3c“ durch die Angabe „§ 63 Absatz 3c in der bis zum 29. Dezember 2025 geltenden Fassung oder in § 15a“ ersetzt.

b) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Pflegeprozessverantwortung im Sinne von § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes ist nicht Teil der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung.“

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

„§ 15a

Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

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

1. nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung oder nach pflegerischer Diagnose durch die Pflegefachperson die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,

2. nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der in diesem Katalog als für diese Leistungen benötigt genannten Hilfsmittel nach § 33, und
3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung.

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

(3) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die über eine Erlaubnis nach den §§ 1 oder 58 Absatz 1 oder 2 des Pflegeberufgesetzes oder § 64 des Pflegeberufgesetzes verfügen.“
3. § 20 Absatz 5 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigen die Krankenkassen

 1. eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3,
 2. eine Präventionsempfehlung nach § 5 Absatz 1a Satz 3 Nummer 2 und Satz 5 und 6 des Elften Buches oder § 18b Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches oder
 3. eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung.“
4. Nach § 24i Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:

„(5) Bei Personen, die nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung nicht in der Bundesrepublik Deutschland ansässig sind und deren Ansässigkeitsstaat nach diesem Abkommen das Besteuerungsrecht für das Mutterschaftsgeld zusteht, sind für die Berechnung des Mutterschaftsgeldes nur die Beiträge zur Sozialversicherung als das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt nach Absatz 2 Satz 1 verminderte gesetzliche Abzüge zu berücksichtigen. Unterliegt das Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vorschriften nicht der Steuer, sind alle gesetzlichen Abzüge nach Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigen.“
5. § 33 Absatz 5a wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Einer vertragsärztlichen Verordnung nach Satz 1 bedarf es nicht, wenn eine Pflegefachperson die Leistung nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 verordnet hat.“
 - b) In dem neuen Satz 3 wird nach der Angabe „eine vertragsärztliche Verordnung“ die Angabe „oder eine Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2“ eingefügt.
6. § 37 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Wohnformen“ die Angabe „, gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches“ eingefügt.
 - b) Absatz 2b Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung sowie die nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen.“
 - c) Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht für Versicherte, für die die Pflegekassen nach § 146a des Elften Buches die pflegebedingten Aufwendungen übernehmen.“
 - d) In Absatz 8 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.
7. In § 37c Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.
8. § 39a Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. unter der fachlichen Verantwortung einer Pflegefachperson oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachperson oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.“
9. § 44a Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„§ 44 Absatz 3, § 47 Absatz 2 bis 5, die §§ 47b, 49 und 50 gelten entsprechend; Ansprüche nach § 44 Absatz 1 und 4 sind gegenüber Ansprüchen nach dieser Vorschrift ausgeschlossen.“
10. § 45 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„§ 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8, Absatz 4 Satz 3 bis 5, Absatz 5 und § 47b gelten entsprechend.“

- b) Absatz 2a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 in dem Kalenderjahr 2026 für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage.“
11. § 47 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:
- „(5) Bei Personen, die nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung nicht in der Bundesrepublik Deutschland ansässig sind und deren Ansässigkeitsstaat nach diesem Abkommen das Besteuerungsrecht für das Krankengeld zusteht, ist zur Berechnung des Krankengeldes anstelle des Nettoarbeitsentgelts nach Absatz 1 das Regelentgelt abzüglich der Beiträge zur Sozialversicherung zugrunde zu legen. Unterliegt das Krankengeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vorschriften nicht der Steuer, ist entsprechend Absatz 1 das Nettoarbeitsentgelt zugrunde zu legen.“
12. § 63 wird wie folgt geändert:
- a) Die Absätze 3b und 3c werden durch den folgenden Absatz 3b ersetzt:
- „(3b) Modellvorhaben nach den Absätzen 3b oder 3c in der bis zum 29. Dezember 2025 geltenden Fassung, die bis zum 29. Dezember 2025 begonnen wurden, können weitergeführt werden.“
- b) Absatz 3d wird zu Absatz 3c.
13. § 64d wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:
- „(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Land mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c in der bis zum 29. Dezember 2025 geltenden Fassung zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufgesetzes im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrags nach Satz 4 durch. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten bis zum 31. März 2022 fest. In dem Rahmenvertrag nach Satz 4 sind unter vertraglicher Beteiligung der Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen Regelungen für eine Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 1 in Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches zu treffen. Bis zum 30. September 2026 ist der Rahmenvertrag unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 4 so anzupassen, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss oder Änderung des Rahmenvertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“
- b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „Pflegefachkräften“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.
14. In § 65d Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.
15. In § 70 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „medizinischen Erkenntnisse“ durch die Angabe „medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse“ ersetzt.
- 15a. Nach § 73 Absatz 10 wird der folgende Absatz 10a eingefügt:
- „(10a) Vertragsärzte dürfen für die elektronische Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, von Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege, Soziotherapie sowie spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nur solche elektronischen Programme nutzen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere zu den fachlichen Anforderungen an die elektronischen Programme einschließlich Umsetzungsfristen kann in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 vereinbart werden.“
16. Nach § 73c wird der folgende § 73d eingefügt:

„§ 73d

Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen
durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung;
eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Dezember 2026 in einem Vertrag

1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können,

2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, die Pflegefachpersonen jeweils nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen,
3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungen.

In dem Vertrag sind auch Vorgaben dazu zu vereinbaren, welche in dem nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung und welche dieser Leistungen nach einer pflegerischen Diagnose erbracht werden können. Diese Vorgaben können in Bezug auf einzelne Leistungen, je nachdem in welchem Versorgungsbereich sie erbracht werden, voneinander abweichen.

Bis zum 31. Juli 2026 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei den Leistungserbringern erbringen oder verordnen, mit denen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen bei der Vereinbarung der Leistungen und Hilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.

(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 nicht innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrags auf Antrag eines der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch eine von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern innerhalb eines Monats nach Antragstellung zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestimmung festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt gilt bis zur gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter.

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner evaluieren die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung und durch Pflegefachpersonen, die in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, im Hinblick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung, auch in Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie in Pflegeeinrichtungen, soweit die eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistungen nicht bereits Gegenstand der Evaluation nach Absatz 4 oder der Evaluation nach § 112a Absatz 4 war. Die Ergebnisse der Evaluationen nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 sind zu berücksichtigen. Nach Abschluss der Evaluation nach Satz 1 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, ob und inwieweit die Vorgaben für die Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung umgesetzt wurden und ob die bestehenden leistungsrechtlichen Regelungen zur eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen angepasst werden müssen oder erweitert werden können. Bei der Prüfung sind wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, zu berücksichtigen. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Jahr nachdem ihm beide Berichte nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 vorgelegt wurden, über das Ergebnis dieser Prüfung.“

17. Nach § 81 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Bestimmungen über die Sicherstellung des Notdienstes enthalten. Sofern dies zum Zwecke der Sicherstellung des Notdienstes in einer Region erforderlich ist, können die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährung von Sicherstellungspauschalen an die teilnehmenden Ärzte festlegen.“

18. § 87 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Bewertungsmaßstäbe sind regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob sie den besonderen Erfordernissen der Versorgung von behinderten Menschen angemessen Rechnung tragen und, soweit erforderlich, anzupassen; die Anpassung ist zum Zeitpunkt der Anpassung punktsammenneutral umzusetzen.“

- b) Absatz 2a Satz 9 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang nach § 28 Absatz 1 Satz 2 delegationsfähige Leistungen und nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Leistungen durch andere Personen qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zu beschließen.“

- 18a. § 92a Absatz 3 und 4 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt im Jahr 2026 100 Millionen Euro und ab dem Jahr 2027 jährlich 200 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Von der Fördersumme sollen 80 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 20 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Im Jahr 2026 sollen von der Fördersumme 10 Millionen Euro und ab dem Jahr 2027 jährlich 20 Millionen Euro für neue Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit aufgewendet werden. Für die Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, sollen von der Fördersumme im Jahr 2026 mindestens 2,5 Millionen Euro und ab dem Jahr 2027 jährlich mindestens 5 Millionen Euro verwendet werden. Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden jeweils in das folgende Haushaltsjahr übertragen. Die Laufzeit eines im Rahmen des einstufigen Verfahrens mit langer Laufzeit oder des zweistufigen Verfahrens nach Absatz 1 Satz 8 geförderten Vorhabens und eines nach Absatz 2 geförderten Vorhabens kann bis zu vier Jahre betragen, wobei die Konzeptentwicklung im Rahmen der ersten Stufe der Förderung im zweistufigen Verfahren nicht zur Laufzeit eines Vorhabens zählt. Die Laufzeit eines im einstufigen Verfahren für neue Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit geförderten Vorhabens kann bis zu zwei Jahre betragen.

(4) Im Jahr 2026 wird die Fördersumme nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen. Ab dem Jahr 2027 wird die Fördersumme nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und die nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen jeweils zur Hälfte getragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erhebt und verwaltet die Mittel (Innovationsfonds) und zahlt die Fördermittel auf der Grundlage der Entscheidungen des Innovationsausschusses nach § 92b aus. Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Nähere zur Erhebung der Mittel für den Innovationsfonds durch das Bundesamt für Soziale Sicherung bei den nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1; § 266 Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Innovationsfonds und zur Verwaltung der Mittel des Innovationsfonds bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Innovationsausschuss und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

19. Nach § 95 Absatz 3 wird der folgende Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Tätigkeiten im Notdienst, zu denen ein Vertragsarzt aufgrund seiner jeweiligen Zulassung verpflichtet ist, sind sozialversicherungsrechtlich entsprechend der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung seiner Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu bewerten.“

20. § 105 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, in den sie einen Betrag in Höhe von mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen einzahlt. Über die Aufbringung des Betrages entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung.“

- b) Der neue Satz 8 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Sätze 3, 4 Nummer 1 bis 4 und 8 sowie die Sätze 5 und 6 gelten in diesem Fall entsprechend.“

21. Nach § 112 wird der folgende § 112a eingefügt:

„§ 112a

Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen
durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung

(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag

1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 in zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 eigenverantwortlich erbringen können,
2. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach Nummer 1 vereinbarten Leistungen.

In dem Vertrag sind auch Vorgaben dazu zu vereinbaren, welche in dem nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung und welche dieser Leistungen nach einer pflegerischen Diagnose erbracht werden können.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen können. Soweit nicht aus sachlichen Gründen für die Krankenhausbehandlungen Abweichungen geboten sind, haben die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien dieselben Festlegungen zu treffen, die von den in § 73d Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern nach § 73d Absatz 2 Satz 1 getroffen wurden. § 73d Absatz 2 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 nicht innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrags auf Antrag einer der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgelegt.

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in Krankenhäusern insbesondere im Hinblick auf

1. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung,
2. den effizienten Einsatz der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und
3. die Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen.

Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.“

21a. § 117 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3b Satz 1 wird nach der Angabe „zugelassen sind“ die Angabe „(Weiterbildungsambulanzen)“ eingefügt.

b) Absatz 3c wird durch den folgenden Absatz 3c ersetzt:

„(3c) Für die Vergütung der in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 und 3a erbrachten Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend. Die Ambulanzen sind verpflichtet, von der Vergütung, die sie von den Krankenkassen für die durch einen Ausbildungsteilnehmer erbrachte Leistung erhalten, jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Ausbildungsteilnehmer auszuzahlen. Sie haben die Auszahlung des Vergütungsanteils den Krankenkassen nachzuweisen. Die Ambulanzen haben der Bundespsychotherapeutenkammer die jeweils aktuelle Höhe der von den Ausbildungsteilnehmern zu zahlenden Ausbildungskosten sowie des auszuzahlenden Vergütungsanteils mitzuteilen. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat eine bundesweite Übersicht der nach Satz 5 mitgeteilten Angaben zu veröffentlichen.“

22. § 119b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 8 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

22a. § 120 Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Weiterbildungsambulanzen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen

im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden. Sie muss die Leistungsfähigkeit der in Satz 1 genannten Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 erstmals bis zum 1. Juli 2017 und danach jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 zu berücksichtigen. Bei den Vergütungsvereinbarungen für Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 zu berücksichtigen. Als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 2 ist eine Vergütung für die telemedizinische Erbringung von Leistungen durch die Einrichtungen nach Satz 1 festzulegen. Abweichend von den Sätzen 2 und 3 hat die Vergütung der Leistungen, die die psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b erbringen, nach den entsprechenden Bestimmungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung zu erfolgen. Bei der Vereinbarung der Vergütung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in den Weiterbildungsambulanzen hat eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen zu erfolgen. Für die Beurteilung einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Weiterbildungsambulanzen sind nur die Leistungen berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat und die gegenüber Versicherten erbracht werden.“

23. § 132a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Eignung der Leistungserbringer einschließlich Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
- 2a. Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes unter Berücksichtigung der ärztlichen Indikationsstellung für den Bedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,
4. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
5. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte sowie Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch,
6. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten,
7. Anforderungen an die Eignung der Pflegefachpersonen, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen und
8. Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen, soweit die Leistungen von Leistungserbringern erbracht werden, mit denen Verträge nach Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden, erstmals bis zum 30. April 2028.“

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

„(5) Die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches erfolgt nach Maßgabe dieser Verträge.“

24. In § 132g Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

25. In § 137a Absatz 7 Nummer 6 wird die Angabe „Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

25a. § 176 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft gilt nur dann als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, wenn die Solidargemeinschaft am 20. Januar 2021 bereits bestanden hat und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurde, sie beides dem Bundesministerium für Gesundheit nachweist und auf ihren alle fünf Jahre zu stellenden Antrag hin das Bundesministerium für Gesundheit jeweils das Vorliegen eines testierten Gutachtens über die dauerhafte Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 3 bestätigt. Ein Antrag nach Satz 1 kann erstmalig nur bis einschließlich 30. Juni 2026 gestellt werden.“

26. § 197b wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach der Angabe „Rechte“ die Angabe „und Interessen“ eingefügt.
- b) In Satz 3 wird die Angabe „§§ 89, 90 bis 92“ durch die Angabe „§§ 89 bis 92“ ersetzt.

27. § 202 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes“ durch die Angabe „über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches und über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes“ ersetzt.
- b) In Satz 7 wird nach der Angabe „Einkommensteuergesetzes“ die Angabe „und über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches“ eingefügt.

27a. In § 221a Absatz 1, 3 und 4 wird jeweils nach der Angabe „des Krankenhausentgeltgesetzes“ die Angabe „und nach § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ eingefügt.

27b. Nach § 226 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Sind Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b versicherungspflichtig sind, durch Ableistung eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder eines vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienstes auch nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 versicherungspflichtig, sind die in § 5 Absatz 1 Nummer 11b und in § 237 Satz 3 genannten Leistungen bis zum Erreichen der in § 10 Absatz 2 Nummer 3 genannten Altersgrenzen beitragsfrei.“

27c. § 271 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2020 jährlich 100 Millionen Euro, jeweils abzüglich der Hälfte des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugeführt. Abweichend von Satz 1 werden dem Innovationsfonds im Jahr 2026 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 100 Millionen Euro abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugeführt.“

28. § 273 Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 5 ab dem Berichtsjahr 2013 durch. Die in Satz 1 genannten Prüfungen sind spätestens bis zum Ablauf des 15. Kalenderjahres, das auf das Berichtsjahr folgt, auf das sich die jeweilige Prüfung bezieht, abzuschließen. Im Rahmen der Prüfung nach den Absätzen 4 oder 5 kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, dass die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag nicht innerhalb der Frist gemäß § 71 Absatz 4 Satz 2, § 71 Absatz 4 Satz 3 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung oder § 73b Absatz 9 Satz 2 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung beanstandet hat. Satz 1 gilt nicht für abgeschlossene Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 3 Satz 1 und 2 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung; für die Ermittlung des Korrekturbetrags gilt Absatz 6.“

29. In § 278 Absatz 2 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „Pflegekräften“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

30. In § 283 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

31. § 291 wird wie folgt geändert:

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

„(7) Die Krankenkassen stellen den Versicherten gemäß den Festlegungen der Gesellschaft für Telematik ein technisches Verfahren barrierefrei zur Verfügung, welches die Anforderungen nach § 336 Absatz 4 erfüllt. Mit Zustimmung des Versicherten sind die Krankenkassen hierbei befugt, zur Prüfung der Identität des Versicherten Daten entsprechend den Vorgaben des § 20 Absatz 3a Satz 1 des Personalausweisgesetzes, des § 16a Absatz 3 Satz 1 des Passgesetzes und des § 78 Absatz 7 Satz 3 des Aufenthaltsgesetzes zu den betroffenen Datenkategorien und deren Verarbeitung auszulesen und zu verwenden; Entsprechendes gilt für das Auslesen und Verwenden von Daten aus einem amtlichen Ausweis oder Pass eines anderen Staates, mit dem die Pass- und Ausweispflicht im Inland erfüllt wird. Die Krankenkassen stellen den Versicherten gemäß den Festlegungen der Gesellschaft für Telematik ein technisches und automatisiertes Verfahren barrierefrei zur Verfügung, um aus der Komponente nach § 360 Absatz 10 Satz 1 heraus die Nutzung von Verfahren zur Wahrnehmung der Zugriffsrechte nach § 336 Absatz 1 zu beantragen. Die Krankenkassen haben die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Versicherte ein Identifizierungsverfahren spätestens am übernächsten Werktag nach der Beantragung nach Satz 3 nutzen können.“

- b) Die Absätze 8 und 9 werden durch die folgenden Absätze 8 und 9 ersetzt.

„(8) Die Krankenkassen stellen den Versicherten ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte auf Verlangen eine digitale Identität für das Gesundheitswesen barrierefrei zur Verfügung, die die Vorgaben nach Absatz 2 Nummer 1 und 2 erfüllt und die Bereitstellung von Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 durch die Krankenkassen ermöglicht. Mit Zustimmung des Versicherten sind die Krankenkassen hierbei befugt, zur Prüfung der Identität des Versicherten Daten entsprechend den Vorgaben des § 20 Absatz 3a Satz 1 des Personalausweisgesetzes, des § 16a Absatz 3 Satz 1 des Passgesetzes und des § 78 Absatz 7 Satz 3 des Aufenthaltsgesetzes zu den betroffenen Datenkategorien und deren Verarbeitung auszulesen und zu verwenden; Entsprechendes gilt für das Auslesen und Verwenden von Daten aus einem amtlichen Ausweis oder Pass eines anderen Staates, mit dem die Pass- und Ausweispflicht im Inland erfüllt wird. Ab dem 1. Januar 2027 dient die digitale Identität nach Satz 1 in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte zur Authentisierung des Versicherten im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis nach § 291a Absatz 1. Die Gesellschaft für Telematik legt die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität der digitalen Identitäten fest. Die Festlegung der Anforderungen an die Sicherheit und den Datenschutz erfolgt dabei im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit auf Basis der jeweils gültigen Technischen Richtlinien des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik und unter Berücksichtigung der notwendigen Vertrauensniveaus der unterstützten Anwendungen. Eine digitale Identität kann über verschiedene Ausprägungen mit verschiedenen Sicherheits- und Vertrauensniveaus verfügen. Das Sicherheits- und Vertrauensniveau der Ausprägung einer digitalen Identität muss mindestens dem Schutzbedarf der Anwendung entsprechen, bei der die digitale Identität eingesetzt wird. Abweichend von Satz 7 kann der Versicherte nach umfassender Information durch die Krankenkasse über die Besonderheiten des Verfahrens in die Nutzung einer digitalen Identität einwilligen, die einem anderen angemessenen Sicherheitsniveau entspricht. Die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität dieses Nutzungsweges der digitalen Identität werden von der Gesellschaft für Telematik festgelegt. Die Festlegung erfolgt hinsichtlich der Anforderungen an die Sicherheit und den Datenschutz im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Die Krankenkassen sind verpflichtet, berechtigten Dritten die Nutzung der digitalen Identitäten nach Satz 1 zum Zwecke der Authentifizierung von Versicherten zu ermöglichen. Berechtigte Dritte nach Satz 11 sind Anbieter von Anwendungen nach § 306 Absatz 4 oder Anbieter, für die auf Grund eines Gesetzes oder einer Rechtsverordnung die Nutzung der digitalen Identität nach Satz 1 vorgeschrieben ist. Darüber hinaus kann die Gesellschaft für Telematik durch verbindlichen Beschluss nach § 315 Absatz 1 Satz 1 Anbieter weiterer Dienste oder Anwendungen nach § 306 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a als berechtigte Dritte diskriminierungsfrei festlegen. Berechtigte Dritte dürfen zum Zweck der Authentifizierung von Versicherten mittels der digitalen Identitäten personenbezogene Daten des Versicherten verarbeiten, sofern diese für die Nutzung der digitalen Identität erforderlich sind und der Versicherte in die Nutzung der digitalen Identität durch die jeweilige Anwendung eingewilligt hat. Bei der Verarbeitung sind die Anforderungen des Datenschutzes einzuhalten. Die Krankenkassen stellen den zur Nutzung berechtigten Dritten Verfahren zur Erprobung der Integration der digitalen Identität nach Satz 1 zur Verfügung.

(9) Die Versicherten können von ihrer Krankenkasse über eine von ihrer Krankenkasse angebotene Benutzeroberfläche einen Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für die Vorlage bei einem Leistungserbringer anfordern, der unmittelbar von der Krankenkasse über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 an den Leistungserbringer übermittelt wird. Mit Einwilligung des Versicherten kann ein Leistungserbringer den in Satz 1 genannten Nachweis auch unmittelbar über das sichere Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 anfordern. Die Einwilligung des Versicherten kann formlos erfolgen. Der Leistungserbringer hat die Einwilligung des Versicherten in seinem informationstechnischen System zu protokollieren. Voraussetzung für die Nutzung des Verfahrens nach Satz 2 ist, dass der Versicherte in der jeweiligen Leistungserbringerinstitution bekannt ist. Die Krankenkasse hat den Versicherten über die Ausstellung eines Nachweises der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach den Sätzen 2 bis 5 auf geeignete Weise zu benachrichtigen. Das Verfahren nach den Sätzen 2 bis 6 soll nur in Ausnahmefällen genutzt werden. Das Weitere zur Durchführung des Verfahrens nach den Sätzen 2 bis 6 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer. Für die Mitteilung der durchgeführten Prüfung des Nachweises nach Satz 1 durch den Leistungserbringer gilt § 291b Absatz 3 entsprechend.“

- 31a. § 291a Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Januar 2027 kann der Versicherungsnachweis auch durch eine digitale Identität nach § 291 Absatz 8 erbracht werden.“

31b. Nach § 311 Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Aufgaben der Zulassung, der Festlegung und der Bestätigung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 bis 6 sowie der Erteilung von Anweisungen zur Abwehr von Gefahren für die Funktionsfähigkeit und Sicherheit der Telematikinfrastruktur und zur Vermeidung von Störungen nach § 329 Absatz 3 Satz 2 und zur Beseitigung von Sicherheitsmängeln nach § 333 Absatz 3 sowie die Beauftragung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und die Zertifizierung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 werden als hoheitliche Aufgaben des Bundes durch die Gesellschaft für Telematik als Beliehene wahrgenommen. Die Zertifizierungsleistungen nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 können als hoheitliche Aufgaben des Bundes neben der Gesellschaft für Telematik auch durch die Stellen nach § 385 Absatz 7 als Beliehene erbracht werden. Die Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 schließt die Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten und zu deren Vollstreckung, zur Rücknahme und zum Widerruf der erlassenen Verwaltungsakte sowie zum Erlass der Widerspruchsbescheide ein. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Entscheidungen der Beliehenen haben keine aufschiebende Wirkung. Die Gesellschaft für Telematik unterliegt bei der Wahrnehmung der ihr übertragenen hoheitlichen Aufgaben der Rechts- und Fachaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.“

32. In § 317 Absatz 1 Satz 3 Nummer 7 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

32a. Die beiden §§ 326 werden durch den folgenden § 326 ersetzt:

„§ 326

Verbot der Nutzung der Telematikinfrastruktur ohne Zulassung oder Bestätigung

Anbieter von Betriebsleistungen oder von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur müssen über die nach § 323 Absatz 2 und § 325 Absatz 1 erforderliche Zulassung oder über die nach § 327 Absatz 2 Satz 1 erforderliche Bestätigung verfügen, bevor sie die Telematikinfrastruktur nutzen.“

33. § 340 Absatz 5 bis 7 wird durch die folgenden Absätze 5 bis 7 ersetzt:

„(5) Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen dürfen nur an Leistungserbringerinstitutionen ausgegeben werden, denen ein Leistungserbringer, der Inhaber eines elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises ist, zugeordnet werden kann. Satz 1 findet keine Anwendung auf die Ausgabe von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen an Hilfsmittelerbringer.“

(6) Spätestens ab dem 1. Januar 2028 haben die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie den Absätzen 2 und 4 ergänzend zu den Heilberufs- und Berufsausweisen auf Verlangen des Leistungserbringers eine digitale Identität für das Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist.

(7) Spätestens ab dem 1. Januar 2028 haben die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und den Absätzen 2 und 4 ergänzend zu den Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen auf Verlangen der Leistungserbringerinstitution eine digitale Identität für das Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist.“

34. Nach § 340 wird der folgende § 340a eingefügt:

„§ 340a

Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen

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

(2) Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung nach dem Elften Buch ist für die Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 verantwortlich.“

35. § 342 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 4 ersetzt:

„4. zusätzlich, sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, spätestens jedoch bis zum 30. Oktober 2026, die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten nach § 363 zu Forschungszwecken bereitgestellt werden können.“

b) Absatz 2a Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„1. sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, spätestens jedoch bis zum 31. März 2026, zur digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses des Versicherten

a) Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 11 zu arzneimittelbezogenen Verordnungsdaten und Dispensierinformationen zur Darstellung der aktuell verordneten Medikation sowie Daten zu frei verkäuflichen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln in semantisch und syntaktisch interoperabler Form in einem Informationsobjekt nach § 355 genutzt werden können und die Erstellung und Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b unterstützen;

b) Daten des elektronischen Medikationsplans nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b in einem Informationsobjekt nach § 355 in semantisch und syntaktisch interoperabler Form in der elektronischen Patientenakte zur Verfügung gestellt werden können und Ergänzungen durch den Versicherten nach § 337 Absatz 1 Satz 1 vorgenommen werden können;

c) Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 in einem Informationsobjekt nach § 355 in semantisch und syntaktisch interoperabler Form zur Verfügung gestellt werden können und die Nutzung der Daten nach Buchstabe a sowie die Erstellung und Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans nach Buchstabe b unterstützen können;

d) die Versicherten oder durch sie bestimmte Vertreter über die Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts einen Widerspruch gegenüber Zugriffsberechtigten nach § 352 gegen die Übermittlung und Speicherung von Daten des Versicherten nach den Buchstaben a bis c insgesamt barrierefrei erklären können und“.

36. Nach § 347 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Die Verpflichtungen nach Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 bestehen nicht, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung nach Satz 1 haben Leistungserbringer nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren.“

37. § 348 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „nach den Absätzen 1 und 2“ durch die Angabe „nach den Absätzen 1 bis 3“ ersetzt.

b) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Die Verpflichtungen nach den Absätzen 1, 3 Satz 1, nach Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 bestehen nicht, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung nach Satz 1 haben Leistungserbringer nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren.“

38. Nach § 349 Absatz 7 wird der folgende Absatz 8 eingefügt:

„(8) Die Verpflichtungen nach Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1 bestehen nicht, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung nach Satz 1 haben Zugriffsberechtigte nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren.“

38a. Nach § 352 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Zugriffsrechte nach Satz 1 gelten nicht für Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8.“

39. § 360 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 8 wird die Angabe „1. Januar 2026“ durch die Angabe „1. Oktober 2027“ ersetzt.

b) Absatz 10 wird durch den folgenden Absatz 10 ersetzt:

„(10) Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, die Komponenten der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ermöglichen, als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Die Funktionsfähigkeit und Interoperabilität der Komponenten sind durch die

Gesellschaft für Telematik sicherzustellen. Die Sicherheit der Komponenten des Systems zur Übermittlung ärztlicher Verordnungen einschließlich der Zugriffsmöglichkeiten für Versicherte ist durch ein externes Sicherheitsgutachten nachzuweisen. Dabei ist abgestuft im Verhältnis zum Gefährdungspotential nachzuweisen, dass die Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit der Komponenten sichergestellt werden. Die Festlegung der Prüfverfahren und die Auswahl des Sicherheitsgutachters für das externe Sicherheitsgutachten erfolgt durch die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. Das externe Sicherheitsgutachten muss dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zur Prüfung vorgelegt und durch dieses bestätigt werden. Erst mit der Bestätigung des externen Sicherheitsgutachtens durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik dürfen die Komponenten durch die Gesellschaft für Telematik zur Verfügung gestellt werden. Komponenten nach diesem Absatz, für die ein externes Sicherheitsgutachten vorliegt, das gemäß Satz 6 durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestätigt wurde, dürfen den Versicherten abweichend von Satz 7 auch durch die Krankenkassen und durch die in § 362 Absatz 1 genannten Kostenträger über die Benutzeroberfläche gemäß § 342 zur Verfügung gestellt werden. § 11 Absatz 1 und 1a des Apothekengesetzes sowie § 31 Absatz 1 Satz 5 bis 7 bleiben unberührt.“

40. § 361 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 2 bis 4 werden durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Auf Daten der Versicherten in vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen nach Absatz 1 und nach Maßgabe des § 339 Absatz 2 nur zugreifen mit

1. einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen oder
2. einer digitalen Identität nach § 340 Absatz 7.

Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat.“

b) Absatz 5 wird zu Absatz 3 und in Satz 3 wird die Angabe „Absätzen 1 bis 4“ durch die Angabe „Absätzen 1 und 2“ ersetzt.

41. § 362 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, der Bundespolizei, der Landespolizeien, von der Bundeswehr oder von Trägern der freien Heilfürsorge elektronische Gesundheitskarten oder digitale Identitäten für die Verarbeitung von Daten einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 an ihre Versicherten, an Polizeivollzugsbeamte, an sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder an Soldaten zur Verfügung gestellt, sind § 291 Absatz 8 Satz 6 bis 10, § 291a Absatz 5 bis 7, die §§ 334 bis 337, 339, 341 Absatz 1 bis 4, § 342 Absatz 2 Nummer 1, 3 und 4 und Absatz 3, § 343 Absatz 1 und 1a, die §§ 344, 345, 352, 353, 356 bis 359a und 361 entsprechend anzuwenden. § 342 Absatz 2 Nummer 2 ist entsprechend anwendbar mit der Maßgabe, dass die Verpflichtung ab dem 1. Januar 2028 gilt.

(2) Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten oder digitaler Identitäten nach Absatz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die Bundespolizei, die Landespolizeien, die Bundeswehr oder die Träger der freien Heilfürsorge als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 nutzen. § 290 Absatz 1 Satz 4 bis 7 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Absatz 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Absatz 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer zu entsprechen. Die Vertrauensstelle hat die vergebenen Versichertennummern in das von ihr nach § 290 Absatz 3 geführte Verzeichnis der Krankenversichertennummern aufzunehmen.“

42. In § 373 Absatz 3 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

43. § 374 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

b) In Satz 2 wird die Angabe „der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

44. § 393 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Wird ein informationstechnisches System nach dem 30. Juni 2025 erstmalig in Verkehr gebracht, gilt als aktuelles C5-Testat im Sinne des Absatzes 3 Nummer 2 für die ersten 18 Monate nach dem Inverkehrbringen ein C5-Typ1-Testat, ab dem 19. Monat nach dem Inverkehrbringen ein C5-Typ2-Testat.“

b) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

45. § 399 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. entgegen § 64e Absatz 11b Satz 5 oder § 303e Absatz 5 Satz 4, auch in Verbindung mit § 363 Absatz 4 Satz 2, dort genannte Daten verarbeitet,“.

bb) Nach Nummer 2 werden die folgenden Nummern 3 und 4 eingefügt:

„3. entgegen § 340a Absatz 1 Satz 1 eine dort genannte Komponente weitergibt,

4. entgegen § 340a Absatz 1 Satz 2 eine Sperrung nicht oder nicht rechtzeitig veranlasst oder“.

cc) Die bisherige Nummer 3 wird zu Nummer 5.

b) In Absatz 2 wird die Angabe „bis zu drei Jahren“ durch die Angabe „bis zu zwei Jahren“ ersetzt.

46. Nach § 427 wird der folgende § 428 eingefügt:

„§ 428

Übergangsregelung aus Anlass
des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts

Für Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der am 31. Dezember 2024 geltenden Fassung in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung erhalten, gelten die Vorschriften des § 5 Absatz 1 Nummer 6, des § 49 Absatz 1 Nummer 3, des § 55 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und 3 und Satz 4, des § 62 Absatz 2 Satz 4 und 5 Nummer 2, des § 192 Absatz 1 Nummer 3, des § 235 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 2 Satz 1, des § 242 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5, des § 251 Absatz 1 und des § 294a Absatz 1 Satz 1 in der jeweils am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter.“

Artikel 3a

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 31 Absatz 1a Satz 5 wird die Angabe „Bis 60 Monate nach dem Wirksamwerden der Regelung nach Satz 4“ durch die Angabe „Bis zum 31. Dezember 2026“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Pflegezeitgesetzes

Das Pflegezeitgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 68 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 2 Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „ärztliche Bescheinigung“ die Angabe „oder eine Bescheinigung einer Pflegefachperson“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Pflegeberufgesetzes

Das Pflegeberufgesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Oktober 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 259) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe zu Teil 1 Abschnitt 2 wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„Abschnitt 2

Vorbehaltene Aufgaben; eigenverantwortliche Heilkundenausübung“.

b) Die Angabe zu § 4 wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„§ 4 Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung

§ 4a Eigenverantwortliche Heilkundenausübung“.

- c) Nach der Angabe zu § 14 wird die folgende Angabe eingefügt:
„§ 14a Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben“.
2. Die Überschrift des Teils 1 Abschnitt 2 wird durch die folgende Überschrift ersetzt:
„Abschnitt 2
Vorbehaltene Aufgaben; eigenverantwortliche Heilkundenausübung“.
3. § 4 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:
„§ 4
Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung“.
- b) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „werden“ die Angabe „(Pflegeprozessverantwortung)“ eingefügt.
- c) In Absatz 2 Nummer 1 wird nach der Angabe „Pflegebedarfs“ die Angabe „und die Planung der Pflege“ eingefügt.
4. Nach § 4 wird der folgende § 4a eingefügt:
„§ 4a
Eigenverantwortliche Heilkundenausübung
Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung im Rahmen der dazu erworbenen staatlich geprüften, staatlich anerkannten oder staatlich festgestellten Kompetenzen befugt.“
5. Nach § 14 wird der folgende § 14a eingefügt:
„§ 14a
Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben
Die Fachkommission nach § 53 kann mit empfehlender Wirkung standardisierte Beschreibungen für die erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben (standardisierte Kompetenzbeschreibungen) entwickeln, soweit diese Kompetenzen nicht bereits im Rahmen der Ausbildung nach § 5 vermittelt werden. Dazu gehören insbesondere standardisierte Beschreibungen der nach § 37 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 zu vermittelnden Kompetenzen. Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach den Sätzen 1 und 2 können gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden. Änderungen der standardisierten Kompetenzbeschreibungen bedürfen einer erneuten Genehmigung. Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen sollen in geeigneten Abständen an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden.“
6. § 37 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Sie vermittelt zusätzlich die zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben bei besonderen Versorgungsbedarfen in den Bereichen diabetische Stoffwechselerkrankungen, chronische Wunden und Demenz erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik.“
- b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 6 wird die Angabe „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Übernahme von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.
- bb) In Nummer 7 wird die Angabe „der eigenverantwortlich und selbständig ausgeübten erweiterten heilkundlichen Aufgaben“ durch die Angabe „der eigenverantwortlich wahrgenommenen heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.
- cc) In Nummer 9 wird die Angabe „die selbständige und eigenverantwortliche Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „die eigenverantwortliche Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben in den in Absatz 2 Satz 2 genannten Bereichen“ ersetzt.
7. In § 48a Absatz 1 Nummer 3 wird die Angabe „der vorbehaltenen Tätigkeiten“ durch die Angabe „der vorbehaltenen Aufgaben“ ersetzt.
8. In § 48b Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „vorbehaltene Tätigkeiten“ durch die Angabe „der vorbehaltenen Aufgaben“ ersetzt.
- 8a. In § 58 Absatz 3 wird die Angabe „bis 4“ durch die Angabe „bis 4a“ ersetzt.

9. § 66e wird durch den folgenden § 66e ersetzt:

„§ 66e

Übergangsvorschrift für Personen,

die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen

Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen, können die Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 ebenfalls erwerben. Für den gesonderten Erwerb der Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 finden die Vorschriften von Teil 3 dieses Gesetzes in der geltenden Fassung entsprechende Anwendung. Die gesondert erworbenen Kompetenzen werden zum Ende des Studienangebots staatlich geprüft.“

Artikel 6

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 364) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 421d Absatz 3 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Abweichend von § 146 Absatz 2 besteht für das Kalenderjahr 2020 der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 15 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für 30 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 35 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 70 Tage fortgezahlt; für das Kalenderjahr 2021 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 30 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für 60 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 65 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 130 Tage fortgezahlt; für das Kalenderjahr 2022 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 30 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für 60 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 65 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 130 Tage fortgezahlt; für das Kalenderjahr 2023 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 30 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für 60 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 65 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 130 Tage fortgezahlt; für die Kalenderjahre 2024 bis 2026 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für jeweils 15 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für jeweils 30 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als jeweils 35 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als jeweils 70 Tage fortgezahlt.“

Artikel 7

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 19 Absatz 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 369) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 47 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 47 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches“ durch die Angabe „§ 47 Absatz 1, 2 und 5 des Fünften Buches“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 363) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 64k wird die Angabe „, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 des Elften Buches festgelegt hat,“ gestrichen.

Artikel 9

Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung

Die Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 28. Oktober 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 259) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 33 Absatz 1 Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Für die Prüfung der Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes durch hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen müssen dem Prüfungsausschuss zusätzlich zu den in Satz 2 Nummer 1 bis 4 genannten Personen zwei ärztliche Fachprüferinnen oder Fachprüfer angehören; die ärztlichen Fachprüferinnen und Fachprüfer sollen die studierenden Personen in den Kompetenzen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung dieser heilkundlichen Aufgaben unterrichtet haben, die Gegenstand der staatlichen Prüfung sind.“

2. § 37 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird die Angabe „zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes“ ersetzt.

- bb) In Satz 4 wird die Angabe „der selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „der eigenverantwortlichen Wahrnehmung dieser heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

- cc) In Satz 6 wird die Angabe „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung dieser heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

- b) In Absatz 5a Satz 1 wird die Angabe „zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.

3. In § 42 Satz 2 wird die Angabe „erweiterten heilkundlichen Kompetenzen“ durch die Angabe „Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.

4. Anlage 5 Teil B wird wie folgt geändert:

- a) Abschnitt I wird wie folgt geändert:

- aa) In der Überschrift wird die Angabe „erweiterter heilkundlicher Verantwortung“ durch die Angabe „Verantwortung zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes“ ersetzt.

- bb) In dem ersten Spiegelstrich wird die Angabe „Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Angabe „eigenverantwortliche Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

- cc) In dem zweiten Spiegelstrich wird die Angabe „Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Angabe „eigenverantwortliche Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

- dd) In dem dritten Spiegelstrich wird die Angabe „den erweiterten heilkundlichen Kompetenzen“ durch die Angabe „der eigenverantwortlichen Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

- ee) In dem vierten Spiegelstrich wird die Angabe „übernehmen eine erweiterte Verantwortung für die Einbettung heilkundlicher Tätigkeiten in den Pflege- und Therapieprozess“ durch die Angabe „übernehmen die Verantwortung für die Einbettung der eigenverantwortlich wahrgenommenen heilkundlichen Aufgaben in den Pflege- und Therapieprozess“ ersetzt.

- ff) In dem sechsten Spiegelstrich wird die Angabe „die selbständig ausgeführten übertragenen erweiterten heilkundlichen Aufgaben“ durch die Angabe „die eigenverantwortlich wahrgenommenen heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

- b) Abschnitt II wird wie folgt geändert:

- aa) In der Überschrift wird die Angabe „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse“ durch die Angabe „Verantwortung für heilkundliche Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes im Rahmen von Pflege- und Therapieprozessen“ ersetzt.

- bb) In dem neunten Spiegelstrich wird die Angabe „selbständige Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Angabe „eigenverantwortliche Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

- c) Abschnitt III wird wie folgt geändert:

- aa) In der Überschrift wird die Angabe „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse“ durch die Angabe „Verantwortung für heilkundliche Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes im Rahmen von Pflege- und Therapieprozessen“ ersetzt.

- bb) In dem sechsten Spiegelstrich wird die Angabe „erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

- d) In der Überschrift des Abschnitts IV wird die Angabe „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse“ durch die Angabe „Verantwortung für heilkundliche Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes im Rahmen von Pflege- und Therapieprozessen“ ersetzt.
5. In Anlage 14 wird die Angabe „über die erweiterten heilkundlichen Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes“ durch die Angabe „über die zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen“ und die Angabe „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes“ ersetzt.

Artikel 9a

Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland

Das Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754, 2801) wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird durch den folgenden § 1 ersetzt:

„§ 1

Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland

Die hohen ethischen Standards gerecht werdende Anwerbung von Pflegekräften und auszubildenden Personen in einem Pflegeberuf aus Staaten, die nicht Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (Drittstaaten) sind, kann von den anwerbenden Leistungserbringern und Unternehmen der privaten Personalvermittlung freiwillig durch ein Gütesiegel des Bundesministeriums für Gesundheit kenntlich gemacht werden. Das Gütesiegel bezieht sich insbesondere auf die Einhaltung von Anforderungen an

1. Vereinbarungen, die zum Zweck der Anwerbung von Pflegekräften und auszubildenden Personen in einem Pflegeberuf aus Drittstaaten zwischen dem anwerbenden Leistungserbringer oder, sofern von ihm beauftragt, dem Unternehmen der privaten Personalvermittlung und Pflegekräften oder auszubildenden Personen geschlossen werden, sowie
 2. Verfahrensweisen zur Gewinnung und Integration von Pflegekräften aus Drittstaaten mit im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen und von auszubildenden Personen in einem Pflegeberuf.“
2. § 2 Absatz 3 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Die Zustimmung wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend erteilt.“
3. In § 3 Absatz 2 wird nach der Angabe „Pflegekräften“ die Angabe „und auszubildenden Personen in einem Pflegeberuf“ eingefügt.

Artikel 10

Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes

Das Grundstoffüberwachungsgesetz vom 11. März 2008 (BGBl. I S. 306), das zuletzt durch Artikel 8z des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 19 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 wird die Angabe „Artikel 3 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 273/2004“ durch die Angabe „Artikel 3 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 273/2004 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.
- b) In Nummer 3 wird die Angabe „Artikel 6 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005“ durch die Angabe „Artikel 6 Absatz 1 Unterabsatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.
- c) In Nummer 4 wird die Angabe „Artikel 12 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005“ durch die Angabe „Artikel 12 Absatz 1 Unterabsatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.
- d) In Nummer 5 wird die Angabe „Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005“ durch die Angabe „Artikel 20 Absatz 1 Satz 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.

2. Absatz 5 wird gestrichen.

Artikel 11

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 28. Oktober 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 259) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 14b wird wie folgt geändert:

1. In Satz 3 wird die Angabe „jeweils zum Stichtag 30. Juni 2021 und 30. Juni 2024“ durch die Angabe „jeweils zum Stichtag 30. Juni 2021, 30. Juni 2024 und 1. März 2026“ ersetzt.
2. Satz 4 wird gestrichen.

Artikel 12

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 7 Absatz 2 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann feststellen, dass die weitere Aufbewahrung für die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 oder im Einzelfall für die Prüfungen nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist; in diesem Fall sind die in Satz 3 genannten Daten spätestens nach Ablauf des 15. Kalenderjahres zu löschen, das auf das Berichtsjahr folgt, auf das sich die jeweilige Prüfung bezieht.“

Artikel 13

Änderung des Mutterschutzgesetzes

Das Mutterschutzgesetz vom 23. Mai 1917 (BGBl. I S. 1228), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 59) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 20 Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Bei Personen, die nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung nicht in der Bundesrepublik Deutschland ansässig sind und deren Ansässigkeitsstaat nach diesem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung das Besteuerungsrecht für den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zusteht, sind für die Berechnung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nur die Beiträge zur Sozialversicherung als das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt nach Absatz 1 Satz 2 vermindernde gesetzliche Abzüge zu berücksichtigen. Unterliegt der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vorschriften nicht der Steuer, sind alle gesetzlichen Abzüge nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.“

Artikel 13a

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 30. September 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 231) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. Nach § 6 Absatz 3 Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:

„Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung der Erlössumme für das Jahr 2027 ist die für das Jahr 2026 vereinbarte oder festgesetzte Erlössumme um 1,14 Prozent zu erhöhen.“

1. In § 9 Absatz 1b Satz 1 wird die Angabe „für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum 26. Dezember 2024 entsprechend neu zu vereinbaren“ durch die Angabe „für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert“ ersetzt.
2. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Absatz 1 Satz 7 wird der folgende Satz eingefügt:

„Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2027 ist der für das Jahr 2026 vereinbarte oder festgesetzte Landesbasisfallwert ohne Ausgleiche um 1,14 Prozent zu erhöhen.“
 - b) In Absatz 6 Satz 6 wird die Angabe „der Veränderungsrate“ durch die Angabe „der Veränderungsrate; hiervon abweichend entspricht der Veränderungswert für das Jahr 2026 dem nach Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert“ ersetzt.

c) Absatz 10 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Vereinbarung des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts nach Absatz 8 Satz 5 und 7 ist bis zum 30. November jeden Jahres zu schließen; der bis zum 30. November 2025 zu schließende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 letzter Teilsatz bis zum 29. Januar 2026 neu zu vereinbaren.“

Artikel 13b

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 30. September 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 231) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 9 Absatz 1 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

„5. bis zum 31. Oktober jedes Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 6 oder 7 des Krankenhausentgeltgesetzes, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert,“.

Artikel 14

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 1a bis 5 am 1. Januar 2026 in Kraft.

(1a) Artikel 1 Nummer 24, 26 und 47 Buchstabe a bis c und e sowie Artikel 8 treten am 1. Juli 2026 in Kraft.

(2) Artikel 3 Nummer 27 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2025 in Kraft.

(3) Artikel 3a tritt mit Wirkung vom 2. Dezember 2025 in Kraft.

(4) Die Artikel 2 und 9a treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

(5) Artikel 3 Nummer 32a und 46 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2024 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 22. Dezember 2025

Der Bundespräsident

Steinmeier

Der Bundeskanzler

Merz

Die Bundesministerin für Gesundheit

Nina Warken

EU-Rechtsakte:

1. Verordnung (EG) Nr. 273/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe (ABl. L 47 vom 18.2.2004, S. 1), die zuletzt durch die Delegierte Verordnung (EU) 2025/1475 der Kommission vom 21. Mai 2025 (ABl. L, 2025/1475, 25.7.2025) geändert worden ist
2. Verordnung (EG) Nr. 111/2005 des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenaustauschstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern (ABl. L 22 vom 26.1.2005, S. 1; L 61 vom 2.3.2006, S. 23), die zuletzt durch die Delegierte Verordnung (EU) 2025/1475 der Kommission vom 21. Mai 2025 (ABl. L, 2025/1475, 25.7.2025) geändert worden ist