

Synopse zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

(Hinweise:

1. Änderungen des Inhaltsverzeichnisses wurden nicht wiedergegeben.
2. Sofern Absätze unverändert bleiben, wurde darauf verzichtet, den Wortlaut wiederzugeben; dies wurde stattdessen mit [...] gekennzeichnet)

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Altes Recht	Neues Recht
Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)	Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)
(- SGB 11) vom: 26.05.1994 - Zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 30.5.2024 I Nr. 173	(- SGB 11) vom: 26.05.1994 - Zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 30.5.2024 I Nr. 173
§ 5	§ 5
Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation
(1) [...]	(1) unverändert

(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 unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie, falls sie im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen. Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. 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 Sachverständes die Kriterien für die Verfahren nach den Sätzen 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, der wissenschaftlichen Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele.

Altes Recht	Neues Recht
(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.	(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 1a sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.
(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.	(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 1a sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.
(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.	(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 1a bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2.	(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 2.

Altes Recht	Neues Recht
(6) - (7) [...]	(6) - (7) unverändert
§ 7a	§ 7a
Pflegeberatung	Pflegeberatung
(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung); Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,	(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung); Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,
1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,	1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,	2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,

Altes Recht	Neues Recht
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2,	3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,	4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie	5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.	6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

Altes Recht	Neues Recht
Der Versorgungsplan wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 3 Nummer 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den Ansprechstellen der Rehabilitationsträger nach § 12 Absatz 1 Satz 3 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. <i>Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.</i> Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 7c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.	Der Versorgungsplan wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 3 Nummer 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den Ansprechstellen der Rehabilitationsträger nach § 12 Absatz 1 Satz 3 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 7c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.
(2) [...]	(2) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere <i>Pflegefachkräfte</i>, 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 bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.	(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachpersonen, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab. § 4 des Pflegeberufgesetzes ist zu beachten.
(4) - (6) [...]	(4) - (6) unverändert
(7) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene anzuhören, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind. Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe auf dessen Verlangen eine ergänzende Vereinbarung zu den Verträgen nach Satz 1 über die Zusammenarbeit in der örtlichen Beratung im Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe. <i>Für Modellvorhaben nach § 123 kann der Antragsteller nach § 123 Absatz 1 die ergänzende Vereinbarung für den Geltungsbereich des Modellvorhabens verlangen.</i>	(7) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene anzuhören, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind. Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe auf dessen Verlangen eine ergänzende Vereinbarung zu den Verträgen nach Satz 1 über die Zusammenarbeit in der örtlichen Beratung im Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe.

Altes Recht	Neues Recht
(8) 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.	(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.
(9) [...]	(9) unverändert
§ 7b	§ 7b
Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine	Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine
(1) Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38a, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45e, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder	(1) Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45f bis 45h, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder
1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder	1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder

Altes Recht	Neues Recht
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.	2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.
Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären. Die Beratung richtet sich nach § 7a. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären. Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, § 45a Absatz 4 und § 45b.	Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären. Die Beratung richtet sich nach § 7a. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären. Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, § 45a Absatz 4 und § 45b.
(2) - (4) [...]	(2) – (4) unverändert
§ 7c	§ 7c
Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung	Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung
(1) - (1a) [...]	(1) - (1a) unverändert

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

Altes Recht	Neues Recht
1. sollen <i>Pflegefachkräfte</i> in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden, 2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden, 3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und insbesondere Selbsthilfe stärkender und generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen, 4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen, 5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.	1. sollen Pflegefachpersonen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden, 2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden, 3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und insbesondere Selbsthilfe stärkender und generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen, 3. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen, 4. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.
(3) - (9) [...]	(3) - (9) unverändert
§ 8	§ 8
Gemeinsame Verantwortung	Gemeinsame Verantwortung
(1) - (3a) [...]	(1) - (3a) unverändert

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

(3b) **Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c Satz 1 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, und die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der Versorgung sicher. Die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der Versorgung nach Satz 1 umfasst die Erhebung der derzeitigen und zukünftigen Rahmenbedingungen der ambulant-häuslichen und stationären Versorgung sowie auf Grundlage der Ergebnisse der Erhebung die Erarbeitung von Szenarien für eine zukünftige Sicherstellung der Versorgung, auch im Rahmen von sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen, und die Durchführung von Modellvorhaben zur strukturellen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Von den Regelungen des Zweiten, Siebten und Achten Kapitels sowie von den §§ 36 bis 45h dieses Buches und von § 37 des Fünften Buches sowie den Rahmenvereinbarungen nach § 132a Absatz 1 und den Vorgaben des Absatzes 4 des Fünften Buches kann im Einzelfall für die Zwecke der Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 2 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit abgewichen werden.** Das Bundesministerium für Gesundheit setzt dazu ein Begleitgremium ein. Aufgabe des Begleitgremiums ist es, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für **Bildung**, Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei der Umsetzung des Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie bei der Weiterentwicklung der Versorgung fachlich zu beraten und zu unterstützen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für **Bildung**, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie nach Anhörung des Begleitgremiums Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1. Dem Spitzenverband

Altes Recht	Neues Recht
	Bund der Pflegekassen werden zur Finanzierung der Maßnahmen nach Satz 1 in den Jahren 2021 bis 2028 bis zu 12 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der Einsatz von zusätzlichem Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen und die dadurch entstehenden Personalkosten bei der Teilnahme an Modellprojekten nach Satz 1 sollen in das Fördervolumen nach Satz 5 einbezogen werden. Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1 nicht belastet werden.

Altes Recht	Neues Recht
	(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 4 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.

Altes Recht	Neues Recht
(4) - (5a) [...]	(4) - (5a) unverändert
(6) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um <i>Pflegefachkräfte</i> handeln. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur <i>Pflegefachkraft</i> befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich	(6) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachpersonen handeln. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachperson befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich
1. eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,	1. eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,
2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,	2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,
3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und	3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und
4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.	4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.

Altes Recht	Neues Recht
Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig, sofern von der vollstationären Pflegeeinrichtung halbjährlich das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 2 bestätigt wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. Bis zum Vorliegen der Bestimmung nach Satz 8 stellen die Landesverbände der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicher; es genügt die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse. Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.	Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig, sofern von der vollstationären Pflegeeinrichtung halbjährlich das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 2 bestätigt wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. Bis zum Vorliegen der Bestimmung nach Satz 8 stellen die Landesverbände der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicher; es genügt die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse. Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.

Altes Recht	Neues Recht
(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Die Maßnahmen nach Satz 1 werden in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert. Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichsfonds verringert. Förderfähig sind alle Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, insbesondere für ihre in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern; dazu gehören, jeweils einschließlich aller erforderlichen Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung, insbesondere der Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte und Beschäftigten sowie der Begleitung bei der Umsetzung, insbesondere	(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Die Maßnahmen nach Satz 1 werden in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert. Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichsfonds verringert. Förderfähig sind alle Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, insbesondere für ihre in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern; dazu gehören, jeweils einschließlich aller erforderlichen Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung, insbesondere der Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte und Beschäftigten sowie der Begleitung bei der Umsetzung, insbesondere
1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie weitere Maßnahmen zur Entlastung insbesondere der in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,	1. 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,	2. Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal,
3. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung einschließlich Maßnahmen im Zusammenhang mit lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen, Personalpools sowie weiteren betrieblichen Ausfallkonzepten,	3. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung einschließlich Maßnahmen im Zusammenhang mit lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen, Personalpools sowie weiteren betrieblichen Ausfallkonzepten,

Altes Recht	Neues Recht
4. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten,	4. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten,
5. <i>Maßnahmen zur kompetenzorientierten Personalentwicklung, Personalqualifizierung und Führung,</i>	5. Maßnahmen zur personenzentrierten und kompetenzorientierten Personalentwicklung unter Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen und einschließlich der Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten, der Personalqualifizierung und der Führung,
6. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit Kunden,	6. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit Kunden,
7. Maßnahmen zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur.	7. Maßnahmen zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur,
	8. Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland.
Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse möglich:	Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse möglich:
1. bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 25 <i>in der Pflege tätigen</i> Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Höhe von bis zu 10 000 Euro; dabei werden bis zu 70 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert;	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 <i>in der Pflege tätigen</i> Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Höhe von bis zu 7 500 Euro; dabei werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert.	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.

Altes Recht	Neues Recht
Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, erstmals bis zum 31. März 2019, Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.	Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, erstmals bis zum 31. März 2019, Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.
(8) - (10) [...]	(8) - (10) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 8a	§ 8a
Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung	Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung
(1) - (4) [...]	(1) - (4) unverändert
(5) Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung <i>sollen</i> 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 <i>einbezogen werden</i> .	(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 .

Altes Recht	Neues Recht
§ 9	§ 9
Aufgaben der Länder	Aufgaben der Länder
Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. <i>Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt; 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</i> <i>1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder</i> <i>2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen</i> <i>als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.</i>	Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Die Länder können durch Landesrecht 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 der Pflegeeinrichtungen gilt. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

Altes Recht	Neues Recht
§ 10	§ 10
Berichtspflichten des Bundes und der Länder	Berichtspflichten des Bundes und der Länder
(1) Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes <i>ab 2016</i> im Abstand von vier Jahren über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.	(1) Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ab 2029 im Abstand von vier Jahren über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.
(2) [...]	(2) unverändert
§ 11	§ 11
Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen	Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen
(1) Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.	(1) Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Dies schließt die Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen für die Erbringung von Leistungen nach diesem Buch ein. Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes verfügen. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

Altes Recht	Neues Recht
	(1a) Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte und anderes Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt, einzubeziehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über vorhandene Konzepte zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen.
(2) - (3) [...]	(2) - (3) unverändert
§ 12	§ 12
Aufgaben der Pflegekassen	Aufgaben der Pflegekassen
(1) Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 7c, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Die Pflegekassen <i>sollen</i> zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften <i>bilden</i>. § 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.	(1) Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 7c, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Die Pflegekassen bilden zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften. § 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Altes Recht	Neues Recht
	(2) Die Pflegekassen evaluieren auf Basis geeigneter, ihnen zur Verfügung stehender Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und informieren die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse. Für die Evaluierung sind auch relevante Daten der Krankenkassen zu berücksichtigen. Die Aufgabe nach Satz 1 kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe Empfehlungen zu Umfang und Struktur der Daten, zu geeigneten Indikatoren, zum Turnus der Evaluationen, zur Kostentragung und zur Datenaufbereitung. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum ... [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] vorzulegen.
(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7a sicher, dass im Einzelfall häusliche Pflegehilfe, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches anwenden.	(3) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7a sicher, dass im Einzelfall häusliche Pflegehilfe, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches anwenden.

Altes Recht	Neues Recht
§ 15	§ 15
Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument	Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument
(1) - (7) [...]	(1) - (7) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
	(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 und von Vorschlägen zu deren möglicher Weiterentwicklung, 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.

Altes Recht	Neues Recht
§ 17	§ 17
Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen	Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen
(1) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 18 bis 18c (Begutachtungs-Richtlinien). Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die <i>Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene</i> zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. § 118 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Wird schriftlichen Anliegen der in Satz 5 genannten Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.	(1) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 18 bis 18c (Begutachtungs-Richtlinien). Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. § 118 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Wird schriftlichen Anliegen der in Satz 5 genannten Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

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

Altes Recht	Neues Recht
(1b) - (2) [...]	(1b) - (2) unverändert
	§ 17a
	Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6
	(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 in Richtlinien fest, 1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit oder 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, soweit entsprechende Qualifikationsniveaus und Hilfsmittel betroffen sind, der Inhalt des Vertrags nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches 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.

Altes Recht	Neues Recht
	(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. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2029 vorzulegen.
§ 18a	§ 18a
Begutachtungsverfahren	Begutachtungsverfahren
(1) - (9) [...]	(1) - (9) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(10) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch <i>Pflegefachkräfte</i> oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den <i>Pflegefachkräften</i> oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.	(10) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachpersonen oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachpersonen oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.
(11) - (12) [...]	(11) - (12) unverändert
§ 18c	§ 18c
Entscheidung über den Antrag, Fristen	Entscheidung über den Antrag, Fristen
(1) - (4) [...]	(1) - (4) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. <i>Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter.</i> Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.	(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange gehemmt, bis der Verzögerungsgrund weggefallen ist. Wird durch den Eintritt des Verzögerungsgrundes eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich, so ist der Lauf der Frist bis zum Ablauf von zehn Arbeitstagen nach Kenntnis des Medizinischen Dienstes oder der Pflegekasse über den Wegfall des Verzögerungsgrundes gehemmt. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.
(6) [...]	(6) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 18e	§ 18e
Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen	Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen
(1) Der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste können Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben durchführen. Für die Durchführung ist eine Vereinbarung mit den Pflegekassen erforderlich.	(1) Der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste können Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben durchführen. Für die Durchführung ist eine Vereinbarung mit den Pflegekassen oder dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für seine Mitgliedskassen erforderlich.
(2) - (5) [...]	(2) - (5) unverändert

(6) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt im Rahmen eines Modellvorhabens nach den Absätzen 1 bis 5 bis spätestens 31. Oktober 2023 eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen, die ein ersatzweiser oder ergänzender Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf das Begutachtungsverfahren und das Begutachtungsergebnis, insbesondere im Vergleich zu einer Begutachtung im Wohnbereich des Versicherten nach § 18a Absatz 2 Satz 1, mit sich bringt, und erstellt einen Abschlussbericht. Der Abschlussbericht und der Studienbericht sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2024 vorzulegen. Absatz 3 findet Anwendung.

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

- 1. unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Pflegefachpersonen, die Leistungen nach diesem oder nach dem Fünften Buch erbringen, hinsichtlich der von ihnen versorgten Personen nach § 18 mit der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und 142a beauftragt werden können,**
- 2. ob und inwieweit sich die Feststellungen und Empfehlungen der in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen bezogen auf vergleichbare Gruppen von Pflegebedürftigen von den gutachterlichen Feststellungen und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes, insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads, 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**

Altes Recht	Neues Recht
	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 Modellprojekts zu beteiligen. Der Medizinische Dienst Bund hat einen Projektbericht und einen Abschlussbericht zu verfassen. Der Projektbericht und etwaige Zwischenberichte sind dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils 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.
§ 28	§ 28
Leistungsarten, Grundsätze	Leistungsarten, Grundsätze
(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:	(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:
1. Pflegesachleistung (§ 36),	1. Pflegesachleistung (§ 36),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),	2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),	3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
3a. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a),	
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),	4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),

Altes Recht	Neues Recht
5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),	5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
5a. ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a in Verbindung mit § 40b) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a in Verbindung mit § 40b),	5a. ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a in Verbindung mit § 40b) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a in Verbindung mit § 40b),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),	6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),	7. Kurzzeitpflege (§ 42),
7a. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42a),	7a. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42a),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),	8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),	9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),
9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),	9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),	10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),	11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),
12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),	12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),	12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),
13. Entlastungsbetrag (§ 45b),	13. Entlastungsbetrag (§ 45b),

Altes Recht	Neues Recht
	14. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45f),
	15. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c (§ 45h),
14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches gemäß § 35a.	16. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches gemäß § 35a.
(1a) [...]	(1a) unverändert
(1b) Bis zum Erreichen des in § 45e Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45e Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.	(1b) Bis zum Erreichen des in § 45g Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45g Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.
(2) - (4) [...]	(2) - (4) unverändert
	(5) Pflege nach diesem Buch schließt die Erbringung der in § 15a Absatz 1 des Fünften Buches genannten Leistungen durch die in § 15a Absatz 1 genannten Pflegefachpersonen ein, die in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, soweit die Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch erbracht werden.
§ 28a	§ 28a
Leistungen bei Pflegegrad 1	Leistungen bei Pflegegrad 1
Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:	Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

Altes Recht	Neues Recht
1. Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,	1. Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,	2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
3. <i>zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,</i>	
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40,	3. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40,
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40,	4. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40,
6. Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,	5. Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,
7. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42a,	6. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42a,
8. einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,	7. einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,
9. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,	8. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
10. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,	9. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,
11. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,	10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,
12. den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,	11. den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,

Altes Recht	Neues Recht
	12. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45f,
13. die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b.	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 diese gemäß § 45h bei Pflegegrad 1 zur Anwendung kommen.
§ 34	§ 34
Ruhe der Leistungsansprüche	Ruhe der Leistungsansprüche
(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:	(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:
1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu <i>sechs</i> Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,	1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.	2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.
(1a) [...]	(1a) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten <i>vier</i> Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten <i>vier</i> Wochen hinaus weiter gezahlt.	(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten acht Wochen hinaus weiter gezahlt.
(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten von bis zu <i>sechs Wochen im Kalenderjahr</i> oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten <i>vier</i> Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.	(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr, bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation.
§ 36	§ 36
Pflegesachleistungen	Pflegesachleistungen
(1) - (3) [...]	(1) - (3) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.	(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Dabei sind auch Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen möglich. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.
§ 37	§ 37
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
(1) - (2) [...]	(1) - (2) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
<i>(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben in folgenden Intervallen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen:</i> <i>1. bei den Pflegegraden 2 und 3 halbjährlich einmal,</i> <i>2. bei den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich einmal.</i> Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. März 2027 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.	(3) 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. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. März 2027 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

Altes Recht	Neues Recht
<i>(3a) Die Beratung nach Absatz 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.</i>	(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 3 aufnehmen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme der in Satz 2 genannten Möglichkeiten zeitnah zu unterstützen.

Altes Recht	Neues Recht
(3b) Die Beratung nach Absatz 3 kann durchgeführt werden durch	(3b) Die Beratung nach Absatz 3 kann durchgeführt werden durch
1. einen zugelassenen Pflegedienst,	1. einen zugelassenen Pflegedienst,
2. eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder	2. eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder
3. eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte <i>Pflegefachkraft</i> , sofern die Durchführung der Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann.	3. eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachperson , sofern die Durchführung der Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann.
(3c) Die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger. Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte <i>Pflegefachkraft</i> vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach den Sätzen 2 und 4 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.	(3c) Die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger. Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachperson vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach den Sätzen 2 und 4 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

Altes Recht	Neues Recht
(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten <i>Pflegefachkräfte</i> haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.	(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachpersonen haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. 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. Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

Altes Recht	Neues Recht
(5) [...]	(5) unverändert
(5a) <i>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.</i>	(5a) 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. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.
(6) - (9) [...]	(6) - (9) unverändert
§ 38a	(§ 38a wird gestrichen)
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	
(1) <i>Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich, wenn</i>	
1. <i>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, 15 sind,</i>	

Altes Recht	Neues Recht
2. <i>sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen,</i>	
3. <i>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</i>	
4. <i>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.</i>	
<i>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.</i>	
<i>(2) Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen bei dem Antragsteller folgende Daten zu verarbeiten und folgende Unterlagen anzufordern:</i>	

Altes Recht	Neues Recht
1. <i>eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nummer 1 erfüllt sind,</i>	
2. <i>die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,</i>	
3. <i>den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,</i>	
4. <i>Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person nach Absatz 1 Nummer 3 und</i>	
5. <i>die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Nummer 3.</i>	
§ 39a	§ 39a
Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen	Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen
Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, <i>deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat</i> , durch nach diesem Buch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.	Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch nach diesem Buch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.

Altes Recht	Neues Recht
§ 40	§ 40
Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer <i>Pflegefachkraft</i> oder des Medizinischen Dienstes überprüfen lassen. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.	(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachperson oder des Medizinischen Dienstes überprüfen lassen. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.
(2) - (5) [...]	(2) - (5) unverändert

(6) *Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach Satz 6 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 Pflegefachkraft darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.*

(6) Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie 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 ärztlichen 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 je nach Qualifikationsniveau 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.

Altes Recht	Neues Recht
(7) Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine <i>Pflegefachkraft</i> oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Über einen Antrag auf ein Pflegehilfsmittel, das von einer <i>Pflegefachkraft</i> bei der Antragstellung nach Absatz 6 Satz 2 empfohlen wurde, hat die Pflegekasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden. Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 oder Satz 2 nicht einhalten, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.	(7) Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachperson oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Über einen Antrag auf ein Pflegehilfsmittel, das von einer Pflegefachperson bei der Antragstellung nach Absatz 6 Satz 2 empfohlen wurde, hat die Pflegekasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden. Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 oder Satz 2 nicht einhalten, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.
§ 40a	§ 40a
Digitale Pflegeanwendungen	Digitale Pflegeanwendungen
(1) [...]	(1) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(1a) <i>Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung unterstützen und die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren.</i> Keine digitalen Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind.	(1a) Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und dadurch geeignet sind, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten. Keine digitalen Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind.
(1b) [...]	(1b) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(2) 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. Die Pflegekasse entscheidet auf Antrag des Pflegebedürftigen über die Notwendigkeit der Versorgung des Pflegebedürftigen mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die erstmalige Bewilligung ist zu befristen. Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. 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 Absatz 1 bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird. Die Pflegekasse darf dazu die pflegebedürftige Person befragen. Ein erneuter Antrag ist nicht erforderlich. Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.	(2) 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. Die Pflegekasse entscheidet auf Antrag des Pflegebedürftigen über die Notwendigkeit der Versorgung des Pflegebedürftigen mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die erstmalige Bewilligung ist zu befristen. Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. 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 Absatz 1 oder Absatz 1a bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird. Die Pflegekasse darf dazu die pflegebedürftige Person befragen. Ein erneuter Antrag ist nicht erforderlich. Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.
(3) - (4) [...]	(3) - (4) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 40b	§ 40b
Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen	Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen
(1) <i>Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a sowie auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat.</i>	(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, so hat die pflegebedürftige Person Anspruch 1. auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat und 2. auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat.
(2) [...]	(2) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 44a	§ 44a
Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Altes Recht	Neues Recht
(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.	(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen. Verstirbt der Pflegebedürftige innerhalb der Pflegezeit, werden die Zuschüsse nach Satz 1 bis zum Ende der Pflegezeit gewährt.

Altes Recht	Neues Recht
(2) (weggefallen)	(2) (weggefallen)
(3) Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes hat eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes, die oder der für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletzengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches beanspruchen kann, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch nach § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt. Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches entsprechend.	(3) Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes hat eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes, die oder der für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletzengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches beanspruchen kann, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch nach § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung oder der Bescheinigung einer Pflegefachperson nach § 2 Absatz 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt. Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches entsprechend.
(4) - (7) [...]	(4) - (7) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
Fünfter Abschnitt	Fünfter Abschnitt
<i>Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe</i>	Angebote zur Unterstützung im Alltag; Entlastungsbetrag und weitere Leistungen bei häuslicher Pflege; Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamts, der Selbsthilfe und der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken
§ 45c	§ 45c
Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung	Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung
(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr	(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 60 Millionen Euro je Kalenderjahr
1. den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,	1. den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a und von Strukturen zur Unterstützung dieser Angebote,
2. den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie	2. den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie

Altes Recht	Neues Recht
3. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.	3. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.
Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens. <i>Darüber hinaus fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 20 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 9; Satz 2 gilt entsprechend. Fördermittel nach Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend.</i> Im Rahmen der Förderung nach Satz 1 können jeweils auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.	Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens. Im Rahmen der Förderung nach Satz 1 können jeweils auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten; eine Förderung kann dabei auch zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit erfolgen.
(2) - (4) [...]	(2) – (4) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(5) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten 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. Dabei können 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.	(5) Im Rahmen der Modellförderung 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.
(6) [...]	(6) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der <i>Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen</i> auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss und dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.	(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss und dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

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

Altes Recht	Neues Recht
<i>(9) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen können die in Absatz 1 Satz 3 genannten Mittel für die 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. Je Kreis oder kreisfreier Stadt können zwei regionale Netzwerke, je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. Abweichend von Satz 1 können pro Bezirk in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, zwei regionale Netzwerke gefördert werden. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Den Kreisen und kreisfreien Städten, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des Absatzes 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 5 entsprechend. Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 finden entsprechende Anwendung. Die Absätze 2 und 6 finden keine Anwendung. Die Empfehlungen nach Absatz 7, soweit sie die Förderung der regionalen Netzwerke betreffen, sind bis zum 31. Dezember 2021 zu aktualisieren.</i>	(gestrichen)

Altes Recht	Neues Recht
§ 45d	§ 45d
Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung	Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung

Je Kalenderjahr werden 0,15 Euro je Versicherten verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben; um eine gerechte Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Satz 1 ergänzt eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft und wird jeweils in Höhe von 75 Prozent des Zuschusses gewährt, der für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet wird. Davon abweichend können von den nach Satz 1 auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versicherten als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Gründungszuschüsse sind von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. Im Übrigen werden für die Förderung der Selbsthilfe die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4 und Absatz 6 Satz 2, entsprechend angewendet. § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von einer Übertragung auf die Länder ausgenommen sind. Die nach Satz 6 von der Übertragung ausgenommenen Mittel werden zur Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die

(1) Je Kalenderjahr werden Fördermittel im Umfang von 0,20 Euro pro in der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versichertem zur Verfügung gestellt 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. 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.

Altes Recht	Neues Recht
<i>Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. Die Bewilligung der Fördermittel aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen darf jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel nach Satz 7 werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. 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. Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt. § 45c Absatz 7 Satz 5 gilt entsprechend. 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.</i>	

Altes Recht	Neues Recht
	(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 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.

Altes Recht	Neues Recht
	(4) Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,04 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; eine Förderung entsprechender Tätigkeiten und die Gewährung 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. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.
	(5) Für die Förderung der Selbsthilfe 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. § 45c Absatz 7 Satz 5 gilt entsprechend.
	(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.

Altes Recht	Neues Recht
<i>Sechster Abschnitt</i>	
<i>Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen</i>	
§ 45e	§ 45e
<i>Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen</i>	Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

Altes Recht	Neues Recht
<i>(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a 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 2 500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 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 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.</i>	(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.

Altes Recht	Neues Recht
<i>(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.</i>	(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.

Altes Recht	Neues Recht
	(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.

Altes Recht	Neues Recht
	(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 ... [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] 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.

Altes Recht	Neues Recht
	S e c h s t e r A b s c h n i t t
	L e i s t u n g e n i n a m b u l a n t b e t r e u t e n W o h n - g r u p p e n u n d i n g e m e i n s c h a f t l i c h e n W o h n - f o r m e n
§ 45f	§ 45f
Weiterentwicklung neuer Wohnformen	Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen werden zusätzlich 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Dabei sind insbesondere solche Konzepte einzubeziehen, die es alternativ zu stationären Einrichtungen ermöglichen, außerhalb der vollstationären Betreuung bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten.

(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

Altes Recht	Neues Recht
	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.
<i>(2) Einrichtungen, die aus diesem Grund bereits eine Modellförderung, insbesondere nach § 8 Absatz 3, erfahren haben, sind von der Förderung nach Absatz 1 Satz 1 ausgenommen. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend.</i>	(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 die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.

Altes Recht	Neues Recht
	§ 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.

Altes Recht	Neues Recht
	§ 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, §§ 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.

Altes Recht	Neues Recht
	§ 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.
§ 53b	§ 53b
Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte	Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte
Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte für die Leistungen nach § 43b Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschließen. Er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen und die <i>Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene</i> anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die stationären Pflegeeinrichtungen erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam. § 17 Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.	Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte für die Leistungen nach § 43b Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschließen. Er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die stationären Pflegeeinrichtungen erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam. § 17 Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

Altes Recht	Neues Recht
§ 55	§ 55
Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung
(1) - (3) [...]	(1) - (3) unverändert
<i>(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 darüber, welche Nachweise geeignet sind. Die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen sind berechtigt, entsprechende Nachweise anzufordern.</i>	(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 dem Zeitpunkt eines vergleichbaren Ereignisses zu berücksichtigen. Gleiches gilt für Nachweise, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a erfolgen, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des 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.

Altes Recht	Neues Recht
<i>(3b) Nachweise für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder wirken vom 1. Juli 2023 an; erfolgt der Nachweis für zwischen dem 1. April 2023 und dem 30. Juni 2023 geborene Kinder innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis in Bezug auf den Beitragszuschlag für Kinderlose mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht. Nachweise für Kinder, die im Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 geboren werden, wirken ab Beginn des Monats der Geburt. Erfolgt der Nachweis für ab dem 1. Juli 2025 geborene Kinder innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird; für Nachweise, die im Verfahren nach Absatz 3c Satz 1 abgerufen werden, gilt Satz 2.</i>	(3b) gestrichen
(3c) - (5) [...]	(3c) - (5) unverändert
§ 69	§ 69
Sicherstellungsauftrag	Sicherstellungsauftrag
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.	(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.

Altes Recht	Neues Recht
	(2) Bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 haben die Pflegekassen insbesondere Erkenntnisse aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation nach § 12 Absatz 2, 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 Einzelpflegekräften gemäß § 77 Absatz 1 abzuschließen oder diese gemäß § 77 Absatz 2 selbst anzustellen.
§ 71	§ 71
Pflegeeinrichtungen	Pflegeeinrichtungen
(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten <i>Pflegefachkraft</i> Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen.	(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachperson Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen.
(1a) [...]	(1a) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige: 1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten <i>Pflegefachkraft</i> gepflegt werden, 2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.	(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige: 1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachperson gepflegt werden, 2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

(3) Für die Anerkennung als verantwortliche <i>Pflegefachkraft</i> im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als 1. <i>Pflegefachfrau oder Pflegefachmann</i>, 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. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete <i>Pflegefachkraft</i>. Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen <i>Pflegefachkraft</i> eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. Die Rahmenfrist nach den Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche <i>Pflegefachkraft</i> im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche <i>Pflegefachkraft</i> ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Januar 2023	(3) 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. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachperson. Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachperson eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. Die Rahmenfrist nach den Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachperson im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachperson ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1.
--	---

Altes Recht	Neues Recht
ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.	Januar 2023 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.
(4) - (5) [...]	(4) - (5) unverändert
§ 72	§ 72
Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag	Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag
(1) [...]	(1) unverändert
	(1a) Vor Abschluss des Versorgungsvertrages sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 zu beachten. 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.
(2) [...]	(2) unverändert
	(2a) Vor Abschluss des Versorgungsvertrages hat der Träger einer vollstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung zu prüfen, ob auch Leistungen der Tagespflege und Nachtpflege gemäß § 41 erbracht werden können. Der Prüfauftrag gilt ebenfalls für bereits bestehende Versorgungsverträge. Der Anspruch auf Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages nach Absatz 2 Satz 1 besteht, soweit die Voraussetzungen erfüllt sind.
(3) - (3a) [...]	(3) - (3a) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(3b) Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge ab dem 1. September 2022 nur abgeschlossen werden, wenn diese Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, eine Entlohnung zahlen, die	(3b) Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge ab dem 1. September 2022 nur abgeschlossen werden, wenn diese Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, eine Entlohnung zahlen, die
1. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen räumlicher, zeitlicher, fachlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,	1. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen räumlicher, zeitlicher, fachlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,
2. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen fachlicher Geltungsbereich mindestens eine andere Pflegeeinrichtung in der Region erfasst, in der die Pflegeeinrichtung betrieben wird, und dessen zeitlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,	2. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen fachlicher Geltungsbereich mindestens eine andere Pflegeeinrichtung in der Region erfasst, in der die Pflegeeinrichtung betrieben wird, und dessen zeitlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,
3. die Höhe der Entlohnung von Nummer 1 oder Nummer 2 entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht unterschreitet oder	3. die Höhe der Entlohnung von Nummer 1 oder Nummer 2 entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht unterschreitet oder
4. hinsichtlich der Entlohnungsbestandteile nach Satz 2 Nummer 1 bis 5, die den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern der in § 82c Absatz 2 Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen jeweils im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der jeweiligen regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und hinsichtlich der pflegetypischen Zuschläge nach Satz 2 Nummer 6, die den in Satz 1 genannten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, jeweils in der nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten Höhe, nicht unterschreitet.	4. hinsichtlich der Entlohnungsbestandteile nach Satz 2 Nummer 1 bis 5, die den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern der in § 82c Absatz 2 Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen jeweils im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der jeweiligen regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und hinsichtlich der pflegetypischen Zuschläge nach Satz 2 Nummer 6, die den in Satz 1 genannten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, jeweils in der nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten Höhe, nicht unterschreitet.

Altes Recht	Neues Recht
Zur Entlohnung im Sinne dieses Gesetzes zählen	Zur Entlohnung im Sinne dieses Gesetzes zählen
1. der Grundlohn,	1. der Grundlohn,
2. regelmäßige Jahressonderzahlungen,	2. regelmäßige Jahressonderzahlungen,
3. vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers,	3. vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers,
4. pflegetypische Zulagen,	4. pflegetypische Zulagen,
5. der Lohn für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sowie	5. der Lohn für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sowie
6. pflegetypische Zuschläge.	6. pflegetypische Zuschläge.
Pflegetypische Zuschläge im Sinne von Satz 2 Nummer 6 sind Nachtzuschläge, Sonntagszuschläge und Feiertagszuschläge. Diese sind von den Pflegeeinrichtungen im Fall von Satz 1 Nummer 4 unter den folgenden Voraussetzungen zu zahlen:	Pflegetypische Zuschläge im Sinne von Satz 2 Nummer 6 sind Nachtzuschläge, Sonntagszuschläge und Feiertagszuschläge. Diese sind von den Pflegeeinrichtungen im Fall von Satz 1 Nummer 4 unter den folgenden Voraussetzungen zu zahlen:
1. Nachtzuschläge für eine Tätigkeit in der Nacht, mindestens im Zeitraum zwischen 23 und 6 Uhr,	1. Nachtzuschläge für eine Tätigkeit in der Nacht, mindestens im Zeitraum zwischen 23 und 6 Uhr,
2. Sonntagszuschläge für eine Tätigkeit an Sonntagen im Zeitraum zwischen 0 und 24 Uhr,	2. Sonntagszuschläge für eine Tätigkeit an Sonntagen im Zeitraum zwischen 0 und 24 Uhr,
3. Feiertagszuschläge für eine Tätigkeit an gesetzlichen Feiertagen im Zeitraum zwischen 0 und 24 Uhr.	3. Feiertagszuschläge für eine Tätigkeit an gesetzlichen Feiertagen im Zeitraum zwischen 0 und 24 Uhr.

Altes Recht	Neues Recht
Die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen haben die Entlohnung im Sinne von Satz 1, soweit mit ihr die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift erfüllt werden, in Geld zu zahlen. Tritt im Fall von Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Änderung im Hinblick auf die in dem jeweiligen Tarifvertrag oder in den jeweiligen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Entlohnung ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Anpassungen der von ihnen gezahlten Entlohnung spätestens innerhalb von <i>zwei</i> Monaten vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde. Erhöhen sich im Fall von Satz 1 Nummer 4 die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, haben die Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, die höhere Entlohnung im Zeitraum ab dem 1. Dezember 2022 spätestens ab dem 1. Februar 2023, nach dem 1. Februar 2023 jeweils spätestens ab dem 1. Januar des Jahres, das auf die Veröffentlichung der Werte nach § 82c Absatz 5 folgt, zu zahlen. Zur Erfüllung der Vorgaben von Satz 1 Nummer 4 sind im Zeitraum vom 1. September 2022 bis zum 31. Januar 2023 die aufgrund der Mitteilung nach Absatz 3e in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung und auf der Grundlage von § 82c Absatz 5 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung veröffentlichten regional üblichen Entgelt-niveaus in drei Qualifikationsgruppen und pflegetypischen Zuschläge nach den Sätzen 3 und Satz 4 maßgebend.	Die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen haben die Entlohnung im Sinne von Satz 1, soweit mit ihr die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift erfüllt werden, in Geld zu zahlen. Tritt im Fall von Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Änderung im Hinblick auf die in dem jeweiligen Tarifvertrag oder in den jeweiligen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Entlohnung ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Anpassungen der von ihnen gezahlten Entlohnung spätestens innerhalb von drei Monaten vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde. Erhöhen sich im Fall von Satz 1 Nummer 4 die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, haben die Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, die höhere Entlohnung im Zeitraum ab dem 1. Dezember 2022 spätestens ab dem 1. Februar 2023, nach dem 1. Februar 2023 jeweils spätestens ab dem 1. Februar des Jahres, das auf die Veröffentlichung der Werte nach § 82c Absatz 5 folgt, zu zahlen. Zur Erfüllung der Vorgaben von Satz 1 Nummer 4 sind im Zeitraum vom 1. September 2022 bis zum 31. Januar 2023 die aufgrund der Mitteilung nach Absatz 3e in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung und auf der Grundlage von § 82c Absatz 5 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung veröffentlichten regional üblichen Entgelt-niveaus in drei Qualifikationsgruppen und pflegetypischen Zuschläge nach den Sätzen 3 und Satz 4 maßgebend.
(3c) - (3d) [...]	(3c) - (3d) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(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 <i>31. August</i> jeden Jahres Folgendes mitzuteilen: 1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind, 2. <i>Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. August 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.</i> Der Mitteilung ist die jeweils am <i>1. August</i> 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.	(3e) Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. Juli jeden Jahres Folgendes mitzuteilen: 1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind, 2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. Juli 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; zur Meldung der hierfür erforderlichen Angaben können die Pflegeeinrichtungen auch entsprechende, elektronisch verfügbare Daten aus ihrer Lohnbuchhaltung nutzen, die zu diesem Zweck zu pseudonymisieren 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.

Altes Recht	Neues Recht
(3f) - (5) [...]	(3f) - (5) unverändert
	§ 73a
	Verfahren zu 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 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.

Altes Recht	Neues Recht
	(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 zur Anzahl auch Bewertungen zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern.

Altes Recht	Neues Recht
§ 74	§ 74
Kündigung von Versorgungsverträgen	Kündigung von Versorgungsverträgen
(1) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Voraussetzungen des § 72 Absatz 3 Satz 1, Absatz 3a oder Absatz 3b nicht oder nicht mehr erfüllt; dies gilt auch, wenn die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen. Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen. Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Träger der Pflegeeinrichtung insbesondere vereinbaren, dass 1. die verantwortliche <i>Pflegefachkraft</i> sowie weitere Leitungskräfte zeitnah erfolgreich geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren, 2. die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig ausgeschlossen ist.	(1) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Voraussetzungen des § 72 Absatz 3 Satz 1, Absatz 3a oder Absatz 3b nicht oder nicht mehr erfüllt; dies gilt auch, wenn die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen. Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen. Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Träger der Pflegeeinrichtung insbesondere vereinbaren, dass 1. die verantwortliche Pflegefachperson sowie weitere Leitungskräfte zeitnah erfolgreich geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren, 2. die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig ausgeschlossen ist.
(2) - (3) [...]	(2) - (3) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 75	§ 75
Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung
(1) - (5) [...]	(1) - (5) unverändert
(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen 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 Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. Sie arbeiten dabei mit den <i>Verbänden der Pflegeberufe</i> sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.	(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen 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 Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. Sie arbeiten dabei mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.
(7) [...]	(7) unverändert
§ 78	§ 78
Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen	Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen
(1) [...]	(1) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Darin sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. Pflegehilfsmittel, die für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind, sind gesondert auszuweisen. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen fortzuschreiben. Unbeschadet der regelhaften Fortschreibung nach Satz 4 entscheidet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert und berät Hersteller auf deren Anfrage über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis; im Übrigen gilt § 139 Absatz 8 des Fünften Buches entsprechend. Die Beratung erstreckt sich insbesondere auch auf die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens des Pflegehilfsmittels. Im Übrigen gilt § 139 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass die <i>Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen</i> vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ebenfalls anzuhören sind.	(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Darin sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. Pflegehilfsmittel, die für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind, sind gesondert auszuweisen. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen fortzuschreiben. Unbeschadet der regelhaften Fortschreibung nach Satz 4 entscheidet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert und berät Hersteller auf deren Anfrage über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis; im Übrigen gilt § 139 Absatz 8 des Fünften Buches entsprechend. Die Beratung erstreckt sich insbesondere auch auf die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens des Pflegehilfsmittels. Im Übrigen gilt § 139 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Verbände der behinderten Menschen vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ebenfalls anzuhören sind.
(2a) - (4) [...]	(2a) - (4) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 78a	§ 78a
Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung	Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung
(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen Vergütungsbetrag sowie technische und vertragliche Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a Absatz 4. <i>Die Vereinbarungen gelten ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen.</i> Kommt innerhalb der Frist nach Satz 1 keine Einigung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 des Fünften Buches mit der Maßgabe, dass an die Stelle der zwei Vertreter der Krankenkassen zwei Vertreter der Pflegekassen und an die Stelle der zwei Vertreter der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zwei Vertreter der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen treten. An den Sitzungen der Schiedsstelle können anstelle der Vertreter der Patientenorganisationen nach § 140f des Fünften Buches Vertreter der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 beratend teilnehmen. Der Hersteller übermittelt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorbereitung der Verhandlungen unverzüglich	(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen Vergütungsbetrag sowie technische und vertragliche Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a Absatz 4. Die Vereinbarungen gelten ab dem darin vereinbarten Zeitpunkt. Kommt innerhalb der Frist nach Satz 1 keine Einigung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 des Fünften Buches mit der Maßgabe, dass an die Stelle der zwei Vertreter der Krankenkassen zwei Vertreter der Pflegekassen und an die Stelle der zwei Vertreter der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zwei Vertreter der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen treten. An den Sitzungen der Schiedsstelle können anstelle der Vertreter der Patientenorganisationen nach § 140f des Fünften Buches Vertreter der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 beratend teilnehmen. Der Hersteller übermittelt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorbereitung der Verhandlungen unverzüglich
1. den Nachweis nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und	1. den Nachweis nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und
2. die Angaben zur Höhe des tatsächlichen Preises bei Abgabe an Selbstzahler und in anderen europäischen Ländern.	2. die Angaben zur Höhe des tatsächlichen Preises bei Abgabe an Selbstzahler und in anderen europäischen Ländern.

Altes Recht	Neues Recht
Die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen kostenfreien und auf drei Monate beschränkten Zugang zu den digitalen Pflegeanwendungen zur Verfügung.	Die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen kostenfreien und auf drei Monate beschränkten Zugang zu den digitalen Pflegeanwendungen zur Verfügung.
(2) - (3) [...]	(2) - (3) unverändert
(4) Die Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers einer digitalen Pflegeanwendung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Der Hersteller hat die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite bereitgestellten elektronischen Antragsformulare zu verwenden. Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Pflegeanwendung	(4) Die Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers einer digitalen Pflegeanwendung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Der Hersteller hat die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite bereitgestellten elektronischen Antragsformulare zu verwenden. 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,	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	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 aufweist.	3. im Sinne der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 einen pflegerischen Nutzen aufweist oder nach § 40a Absatz 1a Satz 1 geeignet ist.
Die Qualität einer digitalen Pflegeanwendung im Sinne des Satzes 3 Nummer 1 bemisst sich insbesondere nach folgenden Kriterien:	Die Qualität einer digitalen Pflegeanwendung im Sinne des Satzes 3 Nummer 1 bemisst sich insbesondere nach folgenden Kriterien:
1. Barrierefreiheit,	1. Barrierefreiheit,
2. altersgerechte Nutzbarkeit,	2. altersgerechte Nutzbarkeit,
3. Robustheit,	3. Robustheit,

Altes Recht	Neues Recht
4. Verbraucherschutz,	4. Verbraucherschutz,
5. Qualität der pflegebezogenen Inhalte und	5. Qualität der pflegebezogenen Inhalte und
6. Unterstützung der Pflegebedürftigen, Angehörigen und zugelassen ambulanten Pflegeeinrichtungen bei der Nutzung der digitalen Pflegeanwendung.	6. Unterstützung der Pflegebedürftigen, Angehörigen und zugelassen ambulanten Pflegeeinrichtungen bei der Nutzung der digitalen Pflegeanwendung.
Auch wenn die digitale Pflegeanwendung mehrfach zur Nutzung abgerufen wird oder eine andere Funktion beinhaltet, die nicht in das Verzeichnis nach Absatz 3 aufgenommen wurde, steht dem Hersteller für die digitale Pflegeanwendung kein höherer als der nach Absatz 1 vereinbarte Vergütungsbetrag zu. Eine Differenzierung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 nach Kostenträgern ist nicht zulässig. Die nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbeträge sind für den Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend.	Auch wenn die digitale Pflegeanwendung mehrfach zur Nutzung abgerufen wird oder eine andere Funktion beinhaltet, die nicht in das Verzeichnis nach Absatz 3 aufgenommen wurde, steht dem Hersteller für die digitale Pflegeanwendung kein höherer als der nach Absatz 1 vereinbarte Vergütungsbetrag zu. Eine Differenzierung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 nach Kostenträgern ist nicht zulässig. Die nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbeträge sind für den Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend.

Altes Recht	Neues Recht
(5) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid; in begründeten Einzelfällen kann die Frist um bis zu weitere drei Monate verlängert werden. Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, fordert ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf, den Antrag innerhalb von einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor, ist der Antrag abzulehnen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Pflegeanwendung nach den §§ 40a und 40b zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht werden kann. Im Übrigen gilt § 139e Absatz 6 bis 8 des Fünften Buches entsprechend. <i>In seiner Entscheidung stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte fest, welche ergänzenden Unterstützungsleistungen für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind, und informiert die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, zeitgleich mit der Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 hierüber.</i> Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert unverzüglich den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über die Aufnahme einer digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert unverzüglich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte über den nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbetrag.	(5) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid; in begründeten Einzelfällen kann die Frist um bis zu weitere drei Monate verlängert werden. Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, fordert ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf, den Antrag innerhalb von einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor und hat der Hersteller keine Erprobung nach Absatz 6a beantragt, ist der Antrag abzulehnen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Pflegeanwendung nach den §§ 40a und 40b zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht werden kann. Im Übrigen gilt § 139e Absatz 6 bis 8 des Fünften Buches entsprechend. 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. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert unverzüglich den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über die Aufnahme einer digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert unverzüglich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte über den nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbetrag.
(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu	(6) 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

Altes Recht	Neues Recht
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,	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. <i>den Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität, der Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit und dem pflegerischen Nutzen,</i>	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 und zu der Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1 der digitalen Pflegeanwendung,
3. den anzeigepflichtigen Veränderungen der digitalen Pflegeanwendung einschließlich deren Dokumentation,	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,	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, sowie 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,	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, sowie 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.	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.

	(6a) Ist dem Hersteller noch nicht möglich, einen pflegerischen Nutzen oder die Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1 der digitalen Pflegeanwendungen 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, dass die digitale Pflegeanwendung geeignet ist, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten, und 3. ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis des pflegerischen Nutzens oder der Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1. Im Bescheid nach Absatz 5 Satz 1 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Hersteller zur Vorlage der Unterlagen nach Satz 2 zu verpflichten. 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 oder den Nachweis der Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1 der erprobten digitalen Pflegeanwendung vorzulegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. Sind der pflegerische Nutzen oder die Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1 nicht hinreichend belegt, besteht aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren
--	---

Altes Recht	Neues Recht
	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.
(7) - (9) [...]	(7) - (9) unverändert
§ 82c	§ 82c
Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen	Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen
(1) - (4) [...]	(1) - (4) unverändert

(5) Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene jährlich unverzüglich, jedoch spätestens bis zum 31. Oktober des Jahres, für das jeweilige Land 1. eine Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die eine Entlohnung vorsehen, die nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, 2. alle weiteren Informationen, die erforderlich sind, um überprüfen zu können, a) ob eine Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b erfüllt und b) ob bei einer Pflegeeinrichtung die Entlohnung nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Die Liste und die Informationen sind einmal monatlich zu aktualisieren. Zu jedem in der Liste genannten Tarifvertrag und zu jeder der in der Liste genannten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sind, soweit diese Angaben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen vorliegen, mindestens folgende Angaben zu veröffentlichen: 1. Laufzeit des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder Datum, zu dem frühestens eine Kündigung erfolgen kann, 2. Angabe, ob eine Kündigung oder anderweitige Beendigung des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erfolgt ist, 3. Angabe, zu welchem Zeitpunkt die Kündigung oder anderweitige Beendigung wirksam wird,	(5) Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene jährlich unverzüglich, jedoch spätestens bis zum 30. September des Jahres, für das jeweilige Land 1. eine Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die eine Entlohnung vorsehen, die nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, 2. alle weiteren Informationen, die erforderlich sind, umüberprüfen zu können, a) ob eine Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b erfüllt und b) ob bei einer Pflegeeinrichtung die Entlohnung nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Die Liste und die Informationen sind einmal monatlich zu aktualisieren. Zu jedem in der Liste genannten Tarifvertrag und zu jeder der in der Liste genannten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sind, soweit diese Angaben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen vorliegen, mindestens folgende Angaben zu veröffentlichen: 1. Laufzeit des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder Datum, zu dem frühestens eine Kündigung erfolgen kann, 2. Angabe, ob eine Kündigung oder anderweitige Beendigung des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erfolgt ist, 3. Angabe, zu welchem Zeitpunkt die Kündigung oder anderweitige Beendigung wirksam wird,
--	---

Altes Recht	Neues Recht
4. Angabe, ob eine Änderung der Entlohnung nach § 72 Absatz 3b Satz 2 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, erfolgt ist und wenn ja, zu welchem Datum diese wirksam wird. Zu den erforderlichen Informationen nach Satz 1 Nummer 2 gehören insbesondere auch 1. das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1, 2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie 3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die nach § 72 Absatz 3e Satz 2 und 3 übermittelten Fassungen der Tarifverträge und der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht zwingende betriebliche Gründe dagegensprechen.	4. Angabe, ob eine Änderung der Entlohnung nach § 72 Absatz 3b Satz 2 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, erfolgt ist und wenn ja, zu welchem Datum diese wirksam wird. Zu den erforderlichen Informationen nach Satz 1 Nummer 2 gehören insbesondere auch 1. das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1, 2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie 3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die nach § 72 Absatz 3e Satz 2 und 3 übermittelten Fassungen der Tarifverträge und der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht zwingende betriebliche Gründe dagegensprechen.
(6) [...]	(6) unverändert
§ 84	§ 84
Bemessungsgrundsätze	Bemessungsgrundsätze
(1) [...]	(1) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. <i>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.</i>	(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art, Größe und Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; Vergleichsdaten sind transparent darzustellen.
(3) - (9) [...]	(3) - (9) unverändert
§ 85	§ 85
Pflegesatzverfahren	Pflegesatzverfahren
(1) - (4) [...]	(1) - (4) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(5) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflege-satzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten, fest. Satz 1 gilt auch, soweit der nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zuständige Träger der Sozialhilfe der Pflegesatzvereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß widerspricht; der Träger der Sozialhilfe kann im Voraus verlangen, daß an Stelle der gesamten Schiedsstelle nur der Vorsitzende und die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder oder nur der Vorsitzende allein entscheiden. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.	(5) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflege-satzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten, fest; der Antrag kann auch gemeinsam von den Vertragsparteien vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden. Satz 1 gilt auch, soweit der nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zuständige Träger der Sozialhilfe der Pflegesatzvereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß widerspricht; der Träger der Sozialhilfe kann im Voraus verlangen, daß an Stelle der gesamten Schiedsstelle nur der Vorsitzende und die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder oder nur der Vorsitzende allein entscheiden. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.
(6) - (11) [...]	(6) - (11) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
	§ 86a
	Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen
	(1) Pflegesatzanträge 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 künftigen Anpassungen, auch in vereinfachten Verfahren, 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.

Altes Recht	Neues Recht
	(3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum ... [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] abzugeben. Die Empfehlungen betreffen insbesondere 1. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise 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 und 4. 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 für die Vertragspartner unmittelbar verbindlich.

Altes Recht	Neues Recht
	(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 Bestellung fest.
	(5) Die Empfehlungen nach Absatz 3 können auch in Teilen direkt abgegeben und unverbindlich angewendet werden, bevor diese insgesamt geeint sind. Zudem sind die Empfehlungen von den Beteiligten anlassbezogen und in regelmäßigen Abständen auf Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf zu überprüfen.
§ 89	§ 89
Grundsätze für die Vergütungsregelung	Grundsätze für die Vergütungsregelung
(1) - (2) [...]	(1) - (2) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(3) Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen; die in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 können berücksichtigt werden. § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.	(3) Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen; die in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 können berücksichtigt werden. § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7, die §§ 86 und 86a gelten entsprechend.

Altes Recht	Neues Recht
Fünfter Abschnitt	Fünfter Abschnitt
<i>Integrierte Versorgung</i>	Integrierte Versorgung und Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen
	§ 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 Leistungsinanspruchnahme 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,
--	--

Altes Recht	Neues Recht
	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 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 und ist § 132a Absatz 4 Satz 1 bis 10 und 16 bis 18 zu beachten.

Altes Recht	Neues Recht
	(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.
	(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.

Altes Recht	Neues Recht
	(4) Bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens gemäß Artikel 7] geschlossene Verträge auf Basis der Weiterentwicklungsmodelle 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 ... [einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] Empfehlungen zu den Vertragsinhalten und -voraussetzungen nach den Absätzen 1 und 2; die Erfahrungen auf Basis der bereits durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind ebenso zu beachten wie jeweils vorliegende Erkenntnisse aus den Modellen nach § 8 Absatz 3a und 3b. 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

Altes Recht	Neues Recht
	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 Bestellung fest.
	(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum ... [einsetzen: Datum vier Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] 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 liegt insbesondere auf Zahl, Standort und Trägerschaft, Personalstruktur und Ausstattung sowie Vergütung, Leistungsausgaben und Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen sowie 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.
§ 97	§ 97
Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst	Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst
(1) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18 bis 18c, 38a, 40, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 erforderlich ist. Nach Satz 1 erhobene Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.	(1) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18 bis 18c, 40, 45f , 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 erforderlich ist. Nach Satz 1 erhobene Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

Altes Recht	Neues Recht
(2) - (4) [...]	(2) - (4) unverändert
§ 106a	§ 106a
Mitteilungspflichten	Mitteilungspflichten
Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte <i>Pflegefachkräfte</i> sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln. Das Formular nach § 37 Abs. 4 Satz 2 wird unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt. Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.	Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachpersonen sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln. Das Formular nach § 37 Abs. 4 Satz 2 wird unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt. Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.
§ 109	§ 109
Pflegestatistiken	Pflegestatistiken
(1) [...]	(1) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über die Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:	(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über die Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:
1. Ursachen von Pflegebedürftigkeit,	1. Ursachen von Pflegebedürftigkeit,
2. Pflege- und Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen,	2. Pflege- und Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen,
3. Pflege- und Betreuungsleistungen durch <i>Pflegefachkräfte</i> , Angehörige und ehrenamtliche Helfer sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag,	3. Pflege- und Betreuungsleistungen durch Pflegefachpersonen , Angehörige und ehrenamtliche Helfer sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag,
4. Leistungen zur Prävention und Teilhabe,	4. Leistungen zur Prävention und Teilhabe,
5. Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Pflegequalität,	5. Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Pflegequalität,
6. Bedarf an Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen,	6. Bedarf an Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen,
7. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.	7. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.
Auskunftspflichtig ist der Medizinische Dienst gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.	Auskunftspflichtig ist der Medizinische Dienst gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.
(3) - (5) [...]	(3) - (5) unverändert
	(6) Von der statistischen Geheimhaltungspflicht ausgenommen sind Angaben zur Art und zu den organisatorischen Einheiten der Pflegeeinrichtungen sowie zu den Entgelten der stationären Pflegeeinrichtungen. Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht jedoch, wenn Träger der Pflegeeinrichtungen auf Ebene einzelner Verbände ausgewiesen werden.

Altes Recht	Neues Recht
§ 111	§ 111
Risikoausgleich	Risikoausgleich
(1) Die Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne dieses Buches betreiben, müssen sich zur dauerhaften Gewährleistung der Regelungen für die private Pflegeversicherung nach § 110 sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach den §§ 45c, 45d und 123 und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2 und § 125b Absatz 2 Satz 2 am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muß einen dauerhaften, wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten; es darf den Marktzugang neuer Anbieter der privaten Pflegeversicherung nicht erschweren und muß diesen eine Beteiligung an dem Ausgleichssystem zu gleichen Bedingungen ermöglichen. In diesem System werden die Beiträge ohne die Kosten auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen, die eine private Pflegeversicherung betreiben, ermittelt.	(1) Die Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne dieses Buches betreiben, müssen sich zur dauerhaften Gewährleistung der Regelungen für die private Pflegeversicherung nach § 110 sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach den §§ 45c bis 45e und 123 und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2 und § 125b Absatz 2 Satz 2 am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muß einen dauerhaften, wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten; es darf den Marktzugang neuer Anbieter der privaten Pflegeversicherung nicht erschweren und muß diesen eine Beteiligung an dem Ausgleichssystem zu gleichen Bedingungen ermöglichen. In diesem System werden die Beiträge ohne die Kosten auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen, die eine private Pflegeversicherung betreiben, ermittelt.
(2) [...]	(2) unverändert
§ 112a	§ 112a
Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiens-ten	Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiens-ten
(1) - (2) [...]	(1) - (2) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(3) Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die <i>Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene</i>, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses zu beteiligen. Ihnen ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung und unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Inhalt der Richtlinien einzubeziehen.	(3) 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 die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses zu beteiligen. Ihnen ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung und unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Inhalt der Richtlinien einzubeziehen.
(4) - (6) [...]	(4) - (6) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 113	§ 113
Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, 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 *Verbände 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. In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen sind so zu gestalten, dass die Pflegedokumentation 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 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. Sie 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

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, 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. **Bis zum ... [einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] müssen die Vereinbarungen auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 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 und** Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen sind so zu gestalten, dass die Pflegedokumentation 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 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

Altes Recht	Neues Recht
Anforderungen nach Satz 4 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.	zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen. Sie 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 4 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.
(1a) - (2) [...]	(1a) - (2) unverändert
§ 113b	§ 113b
Qualitätsausschuss	Qualitätsausschuss
(1) [...]	(1) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(2) Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens elf Mitglieder entsenden. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. <i>Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; die Entscheidung hierüber obliegt den Verbänden der Pflegeberufe. Sofern die Verbände der Pflegeberufe ein Mitglied entsenden, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet.</i> Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. Der Medizinische Dienst Bund wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 mit.	(2) Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens elf Mitglieder entsenden. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. 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. Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. Der Medizinische Dienst Bund wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 mit.

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

(3) Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung, ein Beschluss oder eine Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 und 3 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung, Beschlussfassung oder Entscheidung im Sinne der Absätze 4 und 8, des § 8 Absatz 5 Satz 2, des § 37 Absatz 5, der §§ 113 und 115 Absatz 1a, 1c und 3b. **Der erweiterte Qualitätsausschuss kann sich bis zu zweimal pro Kalenderjahr auf Initiative des unparteiischen Vorsitzenden auch mit Themen zur Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung befassen, die über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinausgehen, und zu diesen Themen Entscheidungen treffen. Mit einfacher Mehrheit kann der erweiterte Qualitätsausschuss auch darüber entscheiden, ob eine Arbeitsgruppe gemäß Absatz 7 Satz 1 Nummer 8**

Altes Recht	Neues Recht
	eingerichtet und vom unparteiischen Vorsitzenden mit Unterstützung der Geschäftsstelle nach Absatz 6 geleitet wird.
(3a) [...]	(3a) unverändert
(4) Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen werden beauftragt, insbesondere	(4) Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen werden beauftragt, insbesondere
1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei	1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei
a) insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen sind und	a) insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen sind und
b) Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen sind;	b) Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen sind;
2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Ergebnisse nach Nummer 1 unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument, bundesweite Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten zu entwickeln;	2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Ergebnisse nach Nummer 1 unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument, bundesweite Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten zu entwickeln;

Altes Recht	Neues Recht
3. bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorzulegen;	3. bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorzulegen;
4. ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln;	4. ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln;
5. die Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten sowie	5. die Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten sowie
6. <i>bis zum 31. März 2018 ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben, insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben.</i>	6. bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] 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 indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist; sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.

Altes Recht	Neues Recht
Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen.	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.
(4a) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 3 entwickelten Qualitätssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiterentwickelt werden. Sie haben darauf hinzuwirken, dass die Evaluationsergebnisse nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 umgesetzt und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Satz 1 berücksichtigt werden. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme beauftragen die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Für die Erteilung und Bearbeitung der Aufträge gilt Absatz 5 Satz 2 bis 5 entsprechend.	(4a) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, 2, 3 und 6 entwickelten Qualitätssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiterentwickelt werden. Sie haben darauf hinzuwirken, dass die Evaluationsergebnisse nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 umgesetzt und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Satz 1 berücksichtigt werden. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme beauftragen die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Für die Erteilung und Bearbeitung der Aufträge gilt Absatz 5 Satz 2 bis 5 entsprechend.
(5) - (6) [...]	(5) - (6) unverändert
(7) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit den <i>Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene</i> und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses, insbesondere	(7) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses, insbesondere
1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,	1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,

Altes Recht	Neues Recht
2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,	2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,
3. zum Vorsitz,	3. zum Vorsitz,
4. zu den Beschlussverfahren,	4. zu den Beschlussverfahren,
5. zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle auch mit der Aufgabe als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle nach Absatz 6,	5. zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle auch mit der Aufgabe als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle nach Absatz 6,
6. zur Sicherstellung der jeweiligen Auftragserteilung nach Absatz 4,	6. zur Sicherstellung der jeweiligen Auftragserteilung nach Absatz 4,
7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,	7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,
8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,	8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,
9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz einschließlich der Erstattung von Reisekosten, eines Verdienstaufschlags sowie die Zahlung eines Pauschbetrages nach § 118 Absatz 1 Satz 6 sowie	9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz einschließlich der Erstattung von Reisekosten, eines Verdienstaufschlags sowie die Zahlung eines Pauschbetrages nach § 118 Absatz 1 Satz 6 sowie
10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter sowie für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6; die Kosten können auch den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden.	10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter sowie für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6; die Kosten können auch den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden.

Altes Recht	Neues Recht
Die Geschäftsordnung und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Februar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.	Die Geschäftsordnung und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Februar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.
(8) - (10) [...]	(8) - (10) unverändert
§ 113c	§ 113c
Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
(1) [...]	(1) unverändert
(2) Abweichend von Absatz 1 kann ab dem 1. Juli 2023 eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn	(2) Abweichend von Absatz 1 kann ab dem 1. Juli 2023 eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn
1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder	1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder
2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkraftpersonal geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, oder	2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkraftpersonal geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, oder

Altes Recht	Neues Recht
3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.	3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.
Als sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das	Als sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das
1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder	1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder
2. für die Zwecke des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wird.	2. für die Zwecke des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wird, oder
	3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes hat und überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.
(3) 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 Nummer 1 hinausgeht,	(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht,
1. <i>soll die Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, und</i>	1. soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten; diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren,

Altes Recht	Neues Recht
	2. kann die Pflegeeinrichtung bis zum 31. Dezember 2026 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten, das über eine mindestens einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt, und
2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,	3. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,
a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:	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	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 Pflegeberufegesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, Absatz 3, Absatz 4, Absatz 6 oder Absatz 7 des Pflegeberufegesetzes oder	bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des Pflegeberufegesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, Absatz 3, Absatz 4, Absatz 6 oder Absatz 7 des Pflegeberufegesetzes oder

Altes Recht	Neues Recht
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.	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 können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert 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.	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 2 besetzt wurden, können ab dem 1. Januar 2027 zusätzlich zu den vorhandenen Stellenanteilen nach Absatz 1 Nummer 2 vereinbart werden. Der Durchführung einer Ausbildung nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa steht es gleich, wenn die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30. Dezember 2028, begonnen wird und das Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war.

Altes Recht	Neues Recht
(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben <i>bis zum 30. Juni 2022</i> 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. Sie arbeiten dabei mit den <i>Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene</i> sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die Empfehlungen nach Satz 1 <i>nicht innerhalb der dort genannten Frist</i> zustande, wird 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 Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.	(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. Sie arbeiten dabei 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 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 Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.

Altes Recht	Neues Recht
(5) Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 sind in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 insbesondere zu regeln:	(5) Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 sind in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 insbesondere zu regeln:
1. die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung, die sich aus den Personalanhaltswerten für das Pflege- und Betreuungspersonal einschließlich des Anteils der ausgebildeten Fachkräfte aus den Vorgaben der zum 30. Juni 2023 geltenden Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben ergibt; dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen und Einrichtungskonzeptionen einzubeziehen,	1. die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung, die sich aus den Personalanhaltswerten für das Pflege- und Betreuungspersonal einschließlich des Anteils der ausgebildeten Fachkräfte aus den Vorgaben der zum 30. Juni 2023 geltenden Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben ergibt; dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen und Einrichtungskonzeptionen einzubeziehen,
2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für Qualitätsbeauftragte oder für die Praxisanleitung, die zusätzlich zur personellen Ausstattung nach Absatz 1 vereinbart werden können,	2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für Qualitätsbeauftragte oder für die Praxisanleitung, die zusätzlich zur personellen Ausstattung nach Absatz 1 vereinbart werden können,

Altes Recht	Neues Recht
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 <i>Pflegefachkräften</i> auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können; die erforderlichen Qualifikationen für das vorzuhaltende Personal nach Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 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.	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 Heilerziehungspflegern an Fachschulen“ in der Fassung, die auf der Internetseite der Kultusministerkonferenz veröffentlicht ist, erfüllen; die erforderlichen Qualifikationen für das vorzuhaltende Personal nach Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 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.
Geregelt werden kann auch, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 weiter nach Qualifikationen unterteilt werden. § 75 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Ab dem 1. Juli 2023 gelten die Empfehlungen nach Absatz 4 als unmittelbar verbindlich, soweit die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 keine Vorgaben nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 regeln.	Geregelt werden kann auch, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 weiter nach Qualifikationen unterteilt werden. § 75 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Ab dem 1. Juli 2023 gelten die Empfehlungen nach Absatz 4 als unmittelbar verbindlich, soweit die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 keine Vorgaben nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 regeln.
(6) - (8) [...]	(6) - (8) unverändert

	(9) 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 2 bis 4 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
--	---

Altes Recht	Neues Recht
	Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um entsprechende Schulungsmaßnahmen bundesweit in geeigneter regionaler Dichte und Häufigkeit anbieten zu können, 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 2031 befristet. Die Geschäftsstelle wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert.
§ 114	§ 114
Qualitätsprüfungen	Qualitätsprüfungen
(1) [...]	(1) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
	(1a) Die Prüfaufträge nach Absatz 1 werden ab dem 1. Januar 2027 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 2026 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 zehn 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.

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung). Die Richtlinien nach § 114c zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität sind zu beachten. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse. Zu prüfen ist, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. 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) und der Zusatzleistungen (§ 88). Auch die nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in die Regelprüfung einzubeziehen, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. In die Regelprüfung einzubeziehen sind auch Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches, die auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen gemäß § 132l Absatz 5 Nummer 4 des Fünften Buches erbracht werden, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. In den Fällen nach Satz 10 ist in die Regelprüfung mindestens eine Person, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem der in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches genannten Orte erhält, einzubeziehen. Die Regelprüfung umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen. Zu prüfen ist

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung). Die Richtlinien nach § 114c zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität sind zu beachten. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse. Zu prüfen ist, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. 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)**. Auch die nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in die Regelprüfung einzubeziehen, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. In die Regelprüfung einzubeziehen sind auch Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches, die auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen gemäß § 132l Absatz 5 Nummer 4 des Fünften Buches erbracht werden, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. In den Fällen nach **Satz 9** ist in die Regelprüfung mindestens eine Person, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem der in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches

Altes Recht	Neues Recht
auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht und, sofern stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 geprüft werden, ob die Verpflichtung zur Übermittlung von Daten nach § 35 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes erfüllt wurde.	genannten Orte erhält, einzubeziehen. Die Regelprüfung umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen. Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht und, sofern stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 geprüft werden, ob die Verpflichtung zur Übermittlung von Daten nach § 35 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes erfüllt wurde.
(2a) - (4) [...]	(2a) - (4) unverändert
§ 114a	§ 114a
Durchführung der Qualitätsprüfungen	Durchführung der Qualitätsprüfungen
(1) [...]	(1) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(2) Sowohl bei teil- als auch bei vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, vertretungsberechtigten Personen und Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner zu befragen. <i>Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Einwilligung 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 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Bei der ambulanten Pflege 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. Der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sollen die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde an Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.</i>	(2) Sowohl bei teil- als auch bei vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, vertretungsberechtigten Personen und Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner zu befragen. Bei der ambulanten Pflege 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 sowohl in den Gemeinschaftsräumen als auch, mit Einwilligung der von dem Pflegedienst versorgten Person, in deren Wohnräumen zu überprüfen. Soweit Räume 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. Der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sollen die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde an Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.
(3) - (4) [...]	(3) - (4) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(5) Unterschreitet der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte, auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. <i>Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt jeweils am Ende eines Jahres die Einhaltung der Prüfquote oder die Höhe der Unter- oder Überschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung nach Anhörung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen fest und teilt diesen jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und bei Unterschreitung der Prüfquote den Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit; 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 in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfquote. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. jährlich unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen. Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. muss der Zahlungsaufforderung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung keine Folge leisten, wenn er innerhalb von vier Wochen nach der Zahlungsaufforderung nachweist, dass die Unterschreitung der Prüfquote nicht von ihm oder seinem Prüfdienst zu vertreten ist.</i>	(5) Unterschreitet der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte, auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. 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. und des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen 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. Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. muss der Zahlungsaufforderung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung keine Folge leisten, wenn er innerhalb von vier Wochen nach der Zahlungsaufforderung nachweist, dass die Unterschreitung der Prüfquote nicht von ihm oder seinem Prüfdienst zu vertreten ist.

Altes Recht	Neues Recht
(5a) - (6) [...]	(5a) - (6) unverändert

(7) Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und *des Prüfdienstes* 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 *als auch* für den stationären Bereich. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 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 *Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene*, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 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. Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für 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.

(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 den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. **Die Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c sind auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 bis zum ... [einsetzen: Datum 15 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] 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 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. 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

Altes Recht	Neues Recht
	Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.

Altes Recht	Neues Recht
§ 114c	§ 114c
Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht	Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

(1) Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023 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 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. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine 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 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 *Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene*, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der

(1) Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023 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 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. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine 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 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 die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen

Altes Recht	Neues Recht
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.	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.
(2) [...]	(2) unverändert
(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2022, zum 31. März 2023 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit	(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2022, zum 31. März 2023 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit
1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und	1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und
2. <i>Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.</i>	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.
Für die Berichterstattung zum 31. März 2023 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.	Für die Berichterstattung zum 31. März 2023 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen. 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.

Altes Recht	Neues Recht
§ 115	§ 115
Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung	Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung
(1) [...]	(1) unverändert

(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 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 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 bis 4* vergebenen Aufträge zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 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 auszuhängen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 jeweils unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der *Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene* zu schließen. 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 sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt

(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 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 nach § 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 5 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 nach § 92c** auszuhängen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 jeweils unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der **maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene** zu schließen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die

Altes Recht	Neues Recht
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).	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 nach § 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).
(1b) - (4) [...]	(1b) - (4) unverändert
(5) Stellen der Medizinische Dienst oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die weitere Versorgung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.	(5) Stellen der Medizinische Dienst oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege oder in der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die weitere Versorgung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege oder die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

Altes Recht	Neues Recht
(6) In den Fällen der Absätze 4 und 5 haftet der Träger der Pflegeeinrichtung gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen und deren Kostenträgern für die Kosten der Vermittlung einer anderen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, soweit er die Mängel in entsprechender Anwendung des § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches zu vertreten hat. Absatz 3 Satz 7 bleibt unberührt.	(6) In den Fällen der Absätze 4 und 5 haftet der Träger der Pflegeeinrichtung gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen und deren Kostenträgern für die Kosten der Vermittlung einer anderen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung oder einer anderen gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c, soweit er die Mängel in entsprechender Anwendung des § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches zu vertreten hat. Absatz 3 Satz 7 bleibt unberührt.
§ 118	§ 118
Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung	Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung
(1) Bei Erarbeitung oder Änderung	(1) Bei Erarbeitung oder Änderung
1. der in § 17 Absatz 1, § 17 Absatz 1c, § 112a Absatz 2, § 114a Absatz 7, § 114c Absatz 1 und § 115a Absatz 3 bis 5 vorgesehenen Richtlinien <i>sowie</i>	1. der in § 17 Absatz 1, § 17 Absatz 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	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 2

Altes Recht	Neues Recht
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. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen. Bei den durch den Qualitätsausschuss nach § 113b zu treffenden Entscheidungen erhalten diese Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. Der Qualitätsausschuss nach § 113b hat über solche Anträge in der nächsten Sitzung zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 2 erlassenen Verordnung in die Gremien des Qualitätsausschusses nach § 113b entsandt werden, damit sie dort die in den Sätzen 1 und 3 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind, sowie auf den Ersatz des Verdienstauffalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches und einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Das Nähere regeln die Vereinbarungspartner in der Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7.	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. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen. Bei den durch den Qualitätsausschuss nach § 113b zu treffenden Entscheidungen erhalten diese Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. Der Qualitätsausschuss nach § 113b hat über solche Anträge in der nächsten Sitzung zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 2 erlassenen Verordnung in die Gremien des Qualitätsausschusses nach § 113b entsandt werden, damit sie dort die in den Sätzen 1 und 3 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind, sowie auf den Ersatz des Verdienstauffalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches und einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Das Nähere regeln die Vereinbarungspartner in der Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7.
(2) [...]	(2) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
	§ 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 sollen dabei weitere Organisationen der Pflegeberufe, auch auf Landesebene, 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 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 Verdienstauffalls. Das Nähere wird in der Verordnung nach Absatz 3 geregelt.

Altes Recht	Neues Recht
	(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 die Voraussetzungen für eine Anerkennung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, die anerkannten maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, das Verfahren der Beteiligung sowie die Voraussetzungen, den Umfang, die Finanzierung und das Verfahren für die Erstattung von Reisekosten und des Ersatzes des Verdienstauffalls festzulegen.

Altes Recht	Neues Recht
§ 123	§ 123
Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier	Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

(1) Im Zeitraum von 2025 bis 2028 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr aus dem Ausgleichsfonds regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden vor Ort und im Quartier. Die Förderung dient insbesondere dazu, 1. die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern, 2. den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern, 3. die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen, 4. den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche Strukturen aufzubauen, 5. eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen, 6. Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren, 7. innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln oder 8. die Pflegeangebote untereinander digital zu vernetzen. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt, wenn die Modellvorhaben auf der Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Vorschriften auch durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft gefördert werden. Sie erfolgt jeweils in gleicher Höhe wie die Förderung, die vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 60 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht werden kann. Die Förderung von Modellvorhaben durch den	(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 im Zeitraum von 2025 bis 2028 aus dem Ausgleichsfonds mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr und in dem Jahr 2029 entsprechend Absatz 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
---	--

Altes Recht	Neues Recht
Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach <i>Satz 1</i> setzt voraus, dass diese den Empfehlungen nach Absatz 3 entsprechen, und erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.	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.
(2) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit insgesamt 7 Prozent des in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördervolumens an der Förderung nach Absatz 1 Satz 1.	(2) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit insgesamt 7 Prozent des in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördervolumens an der Förderung nach Absatz 1 Satz 1 und 2 .
(3) - (4) [...]	(3) - (4) unverändert
(5) Die nach Absatz 1 Satz 1 zur Verfügung stehenden Fördermittel werden nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Die Auszahlung der Mittel für ein Modellvorhaben erfolgt, sobald für das Modellvorhaben eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt. <i>Die Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen des jeweiligen Landes.</i>	(5) Die nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zur Verfügung stehenden Fördermittel werden nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Die Auszahlung der Mittel für ein Modellvorhaben erfolgt, sobald für das Modellvorhaben eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt. Die Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr bis einschließlich 2028 nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr bis einschließlich 2029 das Fördervolumen des jeweiligen Landes.
(6) [...]	(6) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 125a	§ 125a
Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege	Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege
<i>Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zehn Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt. 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, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Gesellschaft für Telematik erfolgt.</i>	(1) Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 5 Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt.
	(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.

Altes Recht	Neues Recht
	(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.

Altes Recht	Neues Recht
	§ 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

Altes Recht	Neues Recht
	(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 dieses Buches 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 auf die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten, zu untersuchen sowie die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen, den Pflegekräften und den pflegenden An- und Zugehörigen einzubeziehen. Sie sind auf längstens drei Jahre zu befristen. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese mit Einwilligung der betreffenden 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 abzustimmen.

Altes Recht	Neues Recht
	(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 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 Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 4 gültig bleiben.

Altes Recht	Neues Recht
	§ 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 bis zum 31. Dezember 2025 auf eigener vertraglicher Grundlage mit den Pflegekassen erbracht wurde, und 2. die pflegerische Versorgung weiterhin innerhalb des Klausurbereichs der 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 dem vierten Kapitel, dritter bis sechster Abschnitt, stehen den Pflegebedürftigen daneben nicht zu. Gleiches gilt für Leistungen nach § 37 des Fünften Buches.

Altes Recht	Neues Recht
	(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.
§ 150	§ 150
Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige
<i>(1) Im Fall einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend den Pflegekassen gegenüber anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse. In Abstimmung mit den weiteren hierbei zuständigen Stellen, insbesondere den nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, haben die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung die erforderlichen Maßnahmen und Anpassungen vorzunehmen, wobei auch von der vereinbarten Personalausstattung einschließlich deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch abgewichen werden kann. Dabei sind zum flexiblen Einsatz des Personals in anderen Versorgungsbereichen alle bestehenden Instrumente und Mittel einschließlich des Vertragsrechts zu nutzen, bei denen zulassungsrechtliche Voraussetzungen zweckgerichtet und unbürokratisch angewandt werden können. Dies gilt auch für den Einsatz von Beschäftigten für die Leistungen der zusätzlichen Betreuung nach § 43b in anderen Bereichen.</i>	(1) (gestrichen)
(2) - (4) [...]	(2) - (4) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(5) Die Pflegekassen können nach ihrem Ermessen zur Vermeidung von durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 im Einzelfall im häuslichen Bereich verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen, Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge (§ 36) nach vorheriger Antragstellung gewähren, wenn die Maßnahmen nach Absatz 1 Satz 3 nicht ausreichend sind; dabei haben sie vorrangig Leistungserbringer zu berücksichtigen, die von <i>Pflegefachkräften</i> geleitet werden. Entsprechende Kostenerstattungszusagen sind jeweils auf bis zu drei Monate zu begrenzen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten dazu in Empfehlungen fest. Die Pflegekassen können bei Bedarf bereits vor dem Vorliegen der Empfehlungen Kostenerstattungen zusagen. Die Pflegekassen können aus wichtigen Gründen die Kostenerstattungszusage jederzeit widerrufen.	(5) Die Pflegekassen können nach ihrem Ermessen zur Vermeidung von durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 im Einzelfall im häuslichen Bereich verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen, Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge (§ 36) nach vorheriger Antragstellung gewähren, wenn die Maßnahmen nach Absatz 1 Satz 3 nicht ausreichend sind; dabei haben sie vorrangig Leistungserbringer zu berücksichtigen, die von Pflegefachpersonen geleitet werden. Entsprechende Kostenerstattungszusagen sind jeweils auf bis zu drei Monate zu begrenzen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten dazu in Empfehlungen fest. Die Pflegekassen können bei Bedarf bereits vor dem Vorliegen der Empfehlungen Kostenerstattungen zusagen. Die Pflegekassen können aus wichtigen Gründen die Kostenerstattungszusage jederzeit widerrufen.
(5a) - (6) [...]	(5a) - (6) unverändert

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Altes Recht	Ne
Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)
(- SGB 5) vom: 20.12.1988 - Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 25.02.2025 I Nr. 64	vom: 20.12.1988 - Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 25.02.2025 I Nr. 64
§ 15	
Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte	Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte
(1) Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.	(1) Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c in der bis zum ... [einsetzen] etwas anderes bestimmt ist. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden. Die Pflegeprozessverordnung des Bundesgesundheitsministeriums vom 1. März 2017 (BfG 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes) oder zahnärztlichen Behandlung
(2) - (6) [...]	(2) - (6) unverändert

Altes Recht	Ne
	Behandlung durch Pflegefach
	(1) Pflegefachpersonen, die die notwendigen Kompetenzen aufgrund einer abgeschlossenen Ausbildung oder aufgrund einer staatlich anerkannten Weiterbildung oder aufgrund einer ausreichenden Berufserfahrung, die die Feststellung der Länder nach dem Gesetz, insbesondere die folgenden Länder, im Rahmen der Leistungserbringung im folgenden Voraussetzungen: 1. nach ärztlicher Diagnose nach § 73d Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Katalogen g 2. nach einer erstmaligen ärztlichen Untersuchung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Katalog genannten Leistungserbringung einschließlich der Verordnung von Hilfsmitteln nach § 3 3. bis zum Abschluss des Vertrags, der in Anlage 1 des nach dem Rahmenvertrags genannt
	(2) Pflegefachpersonen nach derbringung nach diesem Buch im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1
	(3) Pflegefachpersonen in den, die über eine Erlaubnis verfügen.
§ 20	
Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	Primäre Prävention
(1) - (4) [...]	(1) - (4) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(5) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. <i>Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung.</i> Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten verarbeiten. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.	(5) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse: 1. eine Präventionsempfehlung nach § 26 Absatz 1 Satz 3, 2. eine Präventionsempfehlung nach § 18b Absatz 2 Satz 2 oder § 18c Absatz 2 Satz 2, 3. eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung. Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten verarbeiten. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.
(6) [...]	(6) unverändert
§ 33	
Hilfsmittel	Hilfsmittel
(1) - (5) [...]	(1) - (5) unverändert
(5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. § 18b Absatz 3 und § 40 Absatz 6 des Elften Buches sind zu beachten.	(5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Einer Vertragsarzt bedarf es nicht, wenn ein Arzt nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 einen Behandlungsplan erstellt. Einer Vertragsärztin bedarf es nicht, wenn eine Ärztin nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 einen Behandlungsplan erstellt. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine Verordnung einer Pflegeversicherung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. § 18b Absatz 3 und § 40 Absatz 6 des Elften Buches sind zu beachten.
(5b) - (9) [...]	(5b) - (9) unverändert

Altes Recht	Ne
§ 37	
Häusliche Krankenpflege	Häuslich
(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.	(1) Versicherte erhalten in sonst an einem geeigneten Ort, men, gemeinschaftlichen Wohnsitz Versorgung gemäß § 9 Kindergärten, bei besonders ho für behinderte Menschen neben Krankenpflege durch geeignete handlung geboten, aber nicht a häusliche Krankenpflege vermie stättenverordnung bleibt unberü faßt die im Einzelfall erforderliche wie hauswirtschaftliche Versorgung Wochen je Krankheitsfall. In be Krankenkasse die häusliche Kra raum bewilligen, wenn der Med daß dies aus den in Satz 1 gen
(1a) - (2a) [...]	(1a) - (2a) unverändert
(2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.	(2b) Die häusliche Kranken fasst auch die ambulante Pallia Absatz 1 Nummer 1 von Pflege gen. Für Leistungen der ambula ein begründeter Ausnahmefall i men. § 37b Absatz 4 gilt für die ten Palliativversorgung entspre
(3) - (7) [...]	(3) - (7) unverändert
(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen <i>Pflegefachkräfte</i>, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.	(8) Der Gemeinsame Bund über die Verordnung häuslicher Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. J nach dem Leistungsverzeichnis 2 Nummer 6 verordnungsfähige personen, die die in den Rahm Satz 4 Nummer 7 geregelten An vertragsärztlich festgestellten V forderliche Häufigkeit und Dauer zur Notwendigkeit eines erneute der Vertragsärztin oder des Ver ger über die erbrachten Maßna
(9) - (10) [...]	(9) - (10) unverändert

Altes Recht	Ne
§ 37c	
Außerklinische Intensivpflege	Außerklinis
(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten <i>Pflegefachkraft</i> zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer <i>Pflegefachkraft</i> erforderlich ist. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat das Therapieziel mit dem Versicherten zu erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz. Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken. Zur Erhebung und Dokumentation nach Satz 6 sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt; sie nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2021 jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen	(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachperson zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachperson erforderlich ist. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat das Therapieziel mit dem Versicherten zu erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz. Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken. Zur Erhebung und Dokumentation nach Satz 6 sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt; sie nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2021 jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen
1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2,	1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2,
2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination,	2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination,

Altes Recht	Ne
3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind und	3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind und
4. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.	4. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.
(2) - (3) [...]	(2) - (3) unverändert
(4) Kann die Krankenkasse keine qualifizierte <i>Pflegefachkraft</i> für die außerklinische Intensivpflege stellen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 des Fünften Buches in Verbindung mit § 29 des Neunten Buches bleibt davon unberührt.	(4) Kann die Krankenkasse keine qualifizierte <i>Pflegefachkraft</i> für die außerklinische Intensivpflege stellen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 des Fünften Buches in Verbindung mit § 29 des Neunten Buches bleibt davon unberührt.
(5) - (6) [...]	(5) - (6) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 39	
Krankenhausbehandlung	Krankenhausbehandlung
(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht; sie umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat und die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams; die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus. Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.	(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht; sie umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat und die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung nach § 28 Abs. 1, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams; die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus. Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.
(1a) - (4) [...]	(1a) - (4) unverändert
§ 39a	
Stationäre und ambulante Hospizleistungen	Stationäre und ambulante Hospizleistungen
(1) [...]	(1) unverändert

Altes Recht	Ne
(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst	(2) Die Krankenkasse hat die für Versicherte, die keiner K tionären oder teilstationären Ve qualifizierte ehrenamtliche Sterb Familie, in stationären Pflegeein gliederungshilfe für behinderte gendhilfe erbringen. Satz 1 gilt dienste für Versicherte in Krank des jeweiligen Krankenhausträg derung ist außerdem, dass der
1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie	1. mit palliativ-medizinisch erf sammenarbeitet sowie
2. unter der fachlichen Verantwortung einer <i>Krankenschwester</i>, eines <i>Krankenpflegers</i> 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 <i>Pflegefachkraft</i> oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.	2. unter der fachlichen Verant einer anderen fachlich qual jährige Erfahrung in der pa eine entsprechende Weiter als verantwortliche Pflegef nachweisen kann.
Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personal- und Sachkosten. Der Zuschuss bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 13 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personal- und Sachkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der Versorgung von Erwachsenen durch ambulante Hospizdienste durch jeweils gesonderte Vereinbarungen nach Satz 8 Rechnung zu tragen. Zudem ist der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches Rechnung zu tragen. Es ist sicherzustellen, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist, und dass die Förderung zeitnah ab dem Zeitpunkt erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbegleitung leistet. Die Vereinbarung ist mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches sollen mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten.	Der ambulante Hospizdienst er durch entsprechend ausgebilde Schulung, Koordination und Un Personen, die für die Sterbeg Die Förderung nach Satz 1 erfol schuss zu den notwendigen Pe bezieht sich auf Leistungseinhe Zahl der qualifizierten Ehrenam gen bestimmen. Die Ausgaben nach Satz 1 betragen je Leistun chen Bezugsgröße nach § 18 A die zuschussfähigen Personal- nicht überschreiten. Der Spitzer einbart mit den für die Wahrneh Hospizdienste maßgeblichen S den Voraussetzungen der Fördr fang der ambulanten Hospizarb der Versorgung von Kindern un von Erwachsenen durch ambula sonderte Vereinbarungen nach der ambulanten Hospizarbeit in ten Buches Rechnung zu tragen darfsgerechtes Verhältnis von e arbeitern gewährleistet ist, und Zeitpunkt erfolgt, in dem der am Sterbegleitung leistet. Die Ve Jahre zu überprüfen und an akt lungen anzupassen. Pflegeeinri sollen mit ambulanten Hospizdi

Altes Recht	Ne
§ 63	
Grundsätze	G
(1) - (3a) [...]	(1) - (3a) unverändert
(3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Pflegeberufegesetz, im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe	(3b) Modellvorhaben nach ... zum ... [einsetzen: Tag der V...] bis zum ... [einsetzen: Tag der ...] können weitergeführt werden
1. die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie	
2. die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer	
vornehmen, soweit diese auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.	
(3c) Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen des im Pflegeberufegesetz geregelten Berufs auf Grundlage einer Ausbildung nach § 14 des Pflegeberufegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen entsprechende Vorhaben spätestens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2020 vereinbaren oder durchführen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen des in Satz 1 genannten Berufs im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Bundesärztekammer sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach den Sätzen 2 bis 4 festgelegte Richtlinien gelten für die Angehörigen des in Satz 1 geregelten Berufs fort.	(gestrichen)
(3d) Die Anwendung von Heilmitteln, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen auf Grund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, kann auch bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 sein.	(3c) Die Anwendung von H... Gemeinsamen Bundesausschu... mer 6 zur Behandlung krankhei... nungsfähig sind, wenn die Schä... derkrankungen eintreten, kann... derkrankungen Gegenstand von...
(4) - (6) [...]	(4) - (6) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 64d	
Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten	Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten
(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf <i>Pflegefachkräfte</i> mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufgesetzes im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durch. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. <i>Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1</i> und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten bis zum 31. März 2022 fest. Bis zum 31. Dezember 2022 sind in dem Rahmenvertrag nach Satz 4 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, die eine Teilnahme von Pflegeheimen an Modellvorhaben spätestens ab dem 1. April 2023 ermöglichen. Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.	(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben nach Absatz 3c in der künftigen Fassung des Pflegeberufgesetzes] 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 Rahmenvertrages nach Satz 4 durch. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten bis zum 31. März 2022 fest. Bis zum 31. Dezember 2022 sind in dem Rahmenvertrag nach Satz 4 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, die eine Teilnahme von Pflegeheimen an Modellvorhaben spätestens ab dem 1. April 2023 ermöglichen. Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
(2) In dem Rahmenvertrag nach Absatz 1 Satz 4 und 5 ist insbesondere folgendes festzulegen:	(2) In dem Rahmenvertrag nach Absatz 1 Satz 4 und 5 ist insbesondere folgendes festzulegen:
1. ein Katalog der ärztlichen Tätigkeiten, die von <i>Pflegefachkräften</i> nach Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der von der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufgesetzes entwickelten, standardisierten Module nach § 14 Absatz 4 des Pflegeberufgesetzes selbstständig durchgeführt werden können,	1. ein Katalog der ärztlichen Tätigkeiten, die von Pflegefachpersonen nach Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der von der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufgesetzes entwickelten, standardisierten Module nach § 14 Absatz 4 des Pflegeberufgesetzes selbstständig durchgeführt werden können,
2. Vereinbarungen zur ausgewogenen Berücksichtigung aller Versorgungsbereiche bei der Durchführung von Modellvorhaben,	2. Vereinbarungen zur ausgewogenen Berücksichtigung aller Versorgungsbereiche bei der Durchführung von Modellvorhaben,
3. einheitliche Vorgaben zur Abrechnung und zu Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit,	3. einheitliche Vorgaben zur Abrechnung und zu Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit,
4. Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit.	4. Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Altes Recht	Ne
Kommt der Rahmenvertrag nicht innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 4 oder Satz 5 zustande, wird der Inhalt des Rahmenvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten auf Antrag einer der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.	Kommt der Rahmenvertrag nicht innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 4 oder Satz 5 zustande, wird der Inhalt des Rahmenvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten auf Antrag einer der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.
(3) [...]	(3) unverändert
§ 70	
Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit	Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit
(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der <i>medizinischen Erkenntnisse</i> entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.	(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.
(2) [...]	(2) unverändert

Altes Recht	Ne
§ 73d	
(weggefallen)	Eigenverantwortliche Erbring fachpersonen im Rahmen de genverantwortliche Verordn Pflegefachp
	(1) Die Kassenärztliche E band Bund der Krankenkasse ressen von Pflegediensten m auf Bundesebene und die Ve heimen im Sinne des § 71 Ab bis zum 31. Juli 2027 in einen 1. einen Katalog an Leistun Pflegefachpersonen nach antwortlich erbringen kör 2. einen Katalog an Leistun kenpflege nach § 37, die l satz 1 Nummer 2 eigenve wie das Nähere zum Verf Verordnungen, 3. Rahmenvorgaben zur inte zwischen Pflegefachpers der nach den Nummern 1 Bis zum 31. Dezember 20 Vertragspartner zu prüfen, ob satz 1 Satz 4 geschlossenen damit die in Anlage 1 des Rah der ärztlichen Behandlung du Regelversorgung erbracht we

Altes Recht	Ne
	(2) Die in Absatz 1 genannten Leistungserbringer sind die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen, die nach Absatz 1 Satz 1 die Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen können. Pflegefachpersonen nach Nummer 1 und 2 vereinbarter Versorgung teilnehmen. Leistungserbringern nach § 118 Abs. 1 Nr. 1 und 2 der Bundesärztekammer und der Bundesärztekammer die Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen zu nehmen. Die Stellungnahmen der in Absatz 1 genannten Personen und Wissenschaftliche Expertisen der Elften Buches gefördert wurden. Die Anforderungen und dazu die Vereinbarung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 berücksichtigt werden.
	(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 Satz 1 genannter des Vertrags auf Antrag eines Vertragspartner oder des Bundes durch eine von den in Absatz 1 Satz 1 genannten innerhalb eines Monats mündende unabhängige Schiedsstelle nach ihrer Bestimmung festgelegt, dass der Vertragspartner nicht fristgerecht auf dem vom Bundesamt für Soziale Sicherung Schiedsverfahrens tragen die
	(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten die Auswirkungen der eigenen Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen und stationären Pflegeeinrichtungen und Wirtschaftlichkeit der Versorgung vernehmen mit dem Bundesministerium der Beteiligung des Bundesministeriums für Frauen und Jugend. Die Vertragsparteien legen dem Bundesamt vier Jahre nach Wirksamwerden einen Bericht über das Ergebnis

Altes Recht	Ne
	(5) Das Bundesministerium der Gesundheit, das Bundesministerium für Frauen und Jugend die Entwicklung der verantwortlichen Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen in Pflegeheimen und in Vorsorgeeinrichtungen sowie in Pflegeeinrichtungen und die Erbringung dieser Leistungen nach Absatz 4 oder nach Absatz 5 der Evaluation nach Absatz 4 zu berücksichtigen. Nach Abschluss der Evaluation das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Bildung, Frauen und Jugend sowie der maßgeblichen Organe auf der Bundesebene im Sinne des § 87 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000
§ 87	
Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundesweit einheitliche Orientierungswerte	Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundesweit einheitliche Orientierungswerte
(1) - (2) [...]	(1) - (2) unverändert

(2a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugrunde zu legen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung zu enthalten, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) vergütet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 4 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung und zur Förderung der Qualität bestimmen; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 135b Absatz 1 Satz 2. Bei der Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 prüfen der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a jeweils, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließen der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a jeweils, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist. In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang die Durchführung von insbesondere telemedizinischen Fallbesprechungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach § 73c angemessen vergütet werden kann; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen zu beschließen. In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang *delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2* qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen *bis zum 23. Januar 2016* zu beschließen. Nach Inkrafttreten der Bestimmungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen durch den Bewertungsausschuss gemäß Absatz 5a eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen und Kosten im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen nach § 27b abgerechnet werden können. Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege

(2a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugrunde zu legen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung zu enthalten, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) vergütet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 4 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung und zur Förderung der Qualität bestimmen; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 135b Absatz 1 Satz 2. Bei der Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 prüfen der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a jeweils, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließen der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a jeweils, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist. In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang die Durchführung von insbesondere telemedizinischen Fallbesprechungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach § 73c angemessen vergütet werden kann; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen zu beschließen. In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang *delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2* qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen *bis zum 23. Januar 2016* zu beschließen. Nach Inkrafttreten der Bestimmungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen durch den Bewertungsausschuss gemäß Absatz 5a eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen und Kosten im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen nach § 27b abgerechnet werden können. Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege

Altes Recht	Ne
der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 endet, sobald die Regelung nach Satz 9 in Kraft getreten ist. Mit Wirkung zum 30. September 2020 ist durch den Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu regeln, dass Konsilien in einem weiten Umfang in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistung abgerechnet werden können, wenn bei ihnen sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden. Die Regelungen erfolgen auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 367 Absatz 1. Der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a legen dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von einem Jahr, erstmals zum 1. Juni 2024, einen gemeinsamen Bericht vor	Leistungserbringern im Wege d in Anspruch nehmen. Die Koste entstandenen Höhe zu erstatten im Wege der Kostenerstattung. Regelung nach Satz 9 in Kraft tember 2020 ist durch den Bew setzung nach Absatz 5a im einh che Leistungen zu regeln, dass der vertragsärztlichen und in de als telemedizinische Leistung a ihnen sichere elektronische Infoc logien eingesetzt werden. Die F der Vereinbarung nach § 367 A nach Absatz 3 und der Bewertu zung nach Absatz 5a legen dem Abstand von einem Jahr, erstm men Bericht vor
1. über den Stand der Beratungen und Beschlussfassungen nach Satz 7,	1. über den Stand der Beratun Satz 7,
2. über die Erbringung von ambulanten telemedizinischen Leistungen, aufgeschlüsselt nach Gruppen von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern,	2. über die Erbringung von an gen, aufgeschlüsselt nach Versorgung teilnehmenden
3. zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer an der Erbringung von Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde, aufgeschlüsselt nach Gruppen von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern,	3. zur Teilnahme an der vertra der Leistungserbringer an c men der Videosprechstunde an der vertragsärztlichen V bringern,
4. zum Verhältnis der Zahl der telemedizinischen zu der Zahl der sonstigen Behandlungsfälle je Vertragsarzt, aufgeschlüsselt nach Gruppen von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern,	4. zum Verhältnis der Zahl der sonstigen Behandlungsfälle Gruppen von an der vertrag Leistungserbringern,
5. zu der Zahl der zugelassenen telemedizinischen Zentren zur Überwachung von Patienten mit fortgeschrittener Herzschwäche sowie	5. zu der Zahl der zugelassen wachung von Patienten mit
6. zu den jeweiligen Veränderungen der in den Nummern 1 bis 5 genannten Daten im Vergleich zum Berichtszeitraum des vorhergehenden Berichts und im Gesamtverlauf.	6. zu den jeweiligen Veränderen genannten Daten im Vergleich henden Berichts und im Ge

Altes Recht	Neues Recht
Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. In dem Beschluss nach Satz 7 sind durch den Bewertungsausschuss Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach denen telemedizinische Leistungen in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Bis zum 30. Juni 2016 ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen nach § 31a vergütet werden. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung über die Vergütung von ärztlichen Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 und 7 zu enthalten; die Vergütung für die Erstellung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 ist in dem Zeitraum vom 20. Oktober 2020 bis zum 20. Oktober 2021 auf das Zweifache der sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab ergebenden Vergütung zu erhöhen; die Vergütungsregelung für die Erstellung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 ist bis zum 1. Januar 2024 zu vereinbaren. Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a beschließt im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die nach dem Schweregrad zu differenzierenden Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst sowie bis zum 31. März 2022 Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen. Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen hat der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a die Entwicklung der Leistungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; Absatz 3a gilt entsprechend. Der Bewertungsausschuss überprüft, in welchem Umfang Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie eingesetzt werden können, und beschließt auf dieser Grundlage erstmals bis spätestens zum 1. Dezember 2017 entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b vom Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a anzupassen. Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. Januar 2021 vorzusehen, dass Leistungen nach § 346 Absatz 1 Satz 1 und 3 zur Unterstützung der Versicherten bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext vergütet werden. Mit Wirkung zum 1. Januar 2022 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vorzusehen, dass ärztliche Leistungen nach § 346 Absatz 3 zur Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext vergütet werden.	Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. In dem Beschluss nach Satz 7 sind durch den Bewertungsausschuss Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach denen telemedizinische Leistungen in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Bis zum 30. Juni 2016 ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen nach § 31a vergütet werden. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung über die Vergütung von ärztlichen Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 und 7 zu enthalten; die Vergütung für die Erstellung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 ist in dem Zeitraum vom 20. Oktober 2020 bis zum 20. Oktober 2021 auf das Zweifache der sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab ergebenden Vergütung zu erhöhen; die Vergütungsregelung für die Erstellung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 ist bis zum 1. Januar 2024 zu vereinbaren. Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a beschließt im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die nach dem Schweregrad zu differenzierenden Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst sowie bis zum 31. März 2022 Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen. Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen hat der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a die Entwicklung der Leistungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; Absatz 3a gilt entsprechend. Der Bewertungsausschuss überprüft, in welchem Umfang Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie eingesetzt werden können, und beschließt auf dieser Grundlage erstmals bis spätestens zum 1. Dezember 2017 entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b vom Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a anzupassen. Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. Januar 2021 vorzusehen, dass Leistungen nach § 346 Absatz 1 Satz 1 und 3 zur Unterstützung der Versicherten bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext vergütet werden. Mit Wirkung zum 1. Januar 2022 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vorzusehen, dass ärztliche Leistungen nach § 346 Absatz 3 zur Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext vergütet werden.
(2b) - (7) [...]	(2b) - (7) unverändert
	Eigenverantwortliche Erbringende Fachpersonen im Rahmen der Versorgung

Altes Recht	Ne
	(1) Die Vertragsparteien au Krankenhausentgeltgesetzes ve 1. einen Katalog an Leistun Pflegefachpersonen nach § zugelassenen Krankenhäus nen, 2. Rahmenvorgaben zur in Krankenhaus zwischen Pfl bringung der nach Nummer § 73d Absatz 2 Satz 3 bis 5
	(2) Die Vertragspartner hab die Festlegungen nach § 73d A nicht aus sachlichen Gründen f chungen geboten sind.

Altes Recht	Ne
	(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 genannten Frist auf Antrag eines der in Absatz 1 Bundesministeriums für Gesundheit 18a Absatz 6 des Krankenhaus
	(4) Die Vertragspartner nach wortliche Erbringung von Leistung Pflegefachpersonen in Krankenh 1. die Qualität und Wirtschaft 2. den effizienten Einsatz d unterschiedlichen Qualifikationen und 3. die Auswirkungen auf da Die Vertragspartner nach S Gesundheit drei Jahre nach Wi satz 1 einen Bericht über das E
§ 119b	
Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	Ambulante Behandlung in
(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen haben einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 innerhalb von drei Monaten zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche <i>Pflegefachkraft</i> für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.	(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen haben einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 innerhalb von drei Monaten zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche <i>Pflegefachkraft</i> für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.

Altes Recht	Neues Recht
(2) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 vereinbaren im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den <i>Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene</i> insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.	(2) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 vereinbaren im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.
(2a) - (3) [...]	(2a) - (3) unverändert
§ 132a	
Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	Versorgung mit häuslicher Krankenpflege
(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. Vor Abschluß der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:	(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. Vor Abschluß der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:
1. Eignung der Leistungserbringer einschließlich Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7,	1. Eignung der Leistungserbringer einschließlich Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,	2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
	2a. Voraussetzungen für eine Pflegeprozessverantwortung nach § 118a Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,	3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,
4. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,	4. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,

Altes Recht	Ne
5. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch,	5. Grundsätze der Vergütungen der Transparenzvorgaben zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 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 <i>und</i>	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 <i>Pflegefachkräfte</i> , 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.	7. Anforderungen an die Eignung der <i>Pflegefachkräfte</i> , 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 nach § 73d Absatz 1 Satz 1 für die genannten Leistungen, sowie nach Absatz 4 erbracht werden 2028.
In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 6 können auch Regelungen über die nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 in Richtlinien geregelten Inhalte getroffen werden; in diesem Fall gilt § 302 Absatz 4. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen.	In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 6 können auch Regelungen über die nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 in Richtlinien geregelten Inhalte getroffen werden; in diesem Fall gilt § 302 Absatz 4. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen.
(2) - (4) [...]	(2) - (4) unverändert
	(5) Die Versorgung mit Leistungen in gemeinschaftlichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung gemäß § 132g Abs. 1 Satz 1 nach Maßgabe dieser Verträge
§ 132g	
Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Gesundheitliche Versorgung
(1) - (2) [...]	(1) - (2) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum 31. Dezember 2016 das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach den Absätzen 1 und 2. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, den <i>Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene</i>, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, dem Medizinischen Dienst Bund, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 132d Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.	(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum 31. Dezember 2016 das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach den Absätzen 1 und 2. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, dem Medizinischen Dienst Bund, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 132d Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.
(4) - (5) [...]	(4) - (5) unverändert
§ 137a	
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
(1) - (6) [...]	(1) - (6) unverändert
(7) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind zu beteiligen:	(7) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind zu beteiligen:
1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,	1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,	2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,	3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
4. der Verband der Privaten Krankenversicherung,	4. der Verband der Privaten Krankenversicherung,
5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer,	5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer,
6. die <i>Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe</i> ,	6. die maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene im Sinne des § 137a ,
7. die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,	7. die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,
8. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung,	8. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung,
9. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,	9. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,

Altes Recht	Ne
10. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,	10. der oder die Beauftragte der Patientinnen und Patienten
11. zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter sowie	11. zwei von der Gesundheitsm mende Vertreter sowie
12. die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind.	12. die Bundesoberbehörden im teriums für Gesundheit, so sind.
(8) - (11) [...]	(8) - (11) unverändert
§ 197b	
Aufgabenerledigung durch Dritte	Aufgabenerl
Krankenkassen 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 der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. § 88 Abs. 3 und 4 und die §§ 89, 90 bis 92 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend.	Krankenkassen können die beitsgemeinschaften oder durch men lassen, wenn die Aufgaben meinschaften oder den Dritten v nen Interesse der Betroffenen l Versicherten nicht beeinträchtigt Versorgung der Versicherten d § 88 Abs. 3 und 4 und die §§ 89 gelten entsprechend.
§ 202	
Meldepflichten bei Versorgungsbezügen	Meldepflichten b
(1) [...]	(1) unverändert
(1a) Die Zahlstelle hat ab dem 1. Juli 2025 bei Beginn eines in der sozialen Pflegeversicherung beitragspflichtigen Versorgungsbezuges eine Meldung im Sinne des § 55a Absatz 3 des Elften Buches über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes an das Bundeszentralamt für Steuern zu richten. Bei Ende des beitragspflichtigen Versorgungsbezuges hat sie eine Meldung nach § 55a Absatz 6 des Elften Buches zu erstatten. Bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen hat die Meldung innerhalb von sieben Tagen nach Eingang der Meldung der Krankenkasse nach Absatz 1 Satz 5 zu erfolgen. Die Meldung zur Beendigung des Versorgungsbezuges ist zeitgleich mit der Meldung nach Absatz 1 Satz 1 zu erstatten. Bei Beendigung der Beitragsabführungspflicht während des Versorgungsbezuges ist eine Abmeldung innerhalb von sechs Wochen vorzunehmen. In der Meldung sind insbesondere anzugeben:	(1a) Die Zahlstelle hat ab d sozialen Pflegeversicherung be eine Meldung im Sinne des § 5 Datenstelle der Rentenversic des Sechsten Buches und üb kommensteuergesetzes an das ten. Bei Ende des beitragspflich Meldung nach § 55a Absatz 6 d erstmaligen Bewilligung von Ve nerhalb von sieben Tagen nach kasse nach Absatz 1 Satz 5 zu des Versorgungsbezuges ist ze Satz 1 zu erstatten. Bei Beendi während des Versorgungsbezu sechs Wochen vorzunehmen. I geben:
1. das Geburtsdatum des Versorgungsbeziehers,	1. das Geburtsdatum des Ver

Altes Recht	Ne
2. die steuerliche Identifikationsnummer des Versorgungsbeziehers nach § 139b der Abgabenordnung,	2. die steuerliche Identifikation nach § 139b der Abgabenordnung
3. der Tag des Beginns oder des Endes des Versorgungsbezuges,	3. der Tag des Beginns oder des Endes des Versorgungsbezuges,
4. die Zahlstellennummer der Zahlstelle.	4. die Zahlstellennummer der Zahlstelle.
Bei Meldung des Beginns eines Versorgungsbezuges hat das Bundeszentralamt für Steuern über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes der Zahlstelle unverzüglich die auf den Tag des Beginns des Versorgungsbezuges bezogenen erforderlichen Daten zum Nachweis der Elterneigenschaft sowie zur Ermittlung der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nach Maßgabe des § 55a Absatz 4 Satz 1 und 2 des Elften Buches zu übermitteln. Änderungen bei der Elterneigenschaft oder der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder während eines laufenden Versorgungsbezuges werden der Zahlstelle nach Maßgabe des § 55a Absatz 5 des Elften Buches mitgeteilt.	Bei Meldung des Beginns eines Versorgungsbezuges hat das Bundeszentralamt für Steuern über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes und über die zentrale Stelle nach § 145 Absatz 1 Satz 1 der Zahlstelle unverzüglich die auf den Tag des Beginns des Versorgungsbezuges bezogenen erforderlichen Daten zum Nachweis der Elterneigenschaft sowie zur Ermittlung der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nach Maßgabe des § 55a Absatz 4 Satz 1 und 2 des Elften Buches zu übermitteln. Änderungen bei der Elterneigenschaft oder der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder während eines laufenden Versorgungsbezuges werden der Zahlstelle nach Maßgabe des § 55a Absatz 5 des Elften Buches mitgeteilt.
(2) - (3) [...]	(2) - (3) unverändert
§ 278	
Medizinischer Dienst	Medizinischer Dienst
(1) [...]	(1) unverändert
(2) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten, <i>Pflegefachkräften</i> sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei <i>Pflegefachkräften</i> liegt. § 18 Absatz 7 des Elften Buches bleibt unberührt.	(2) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachpersonen liegt. § 18 Absatz 7 des Elften Buches bleibt unberührt.
(3) - (4) [...]	(3) - (4) unverändert
§ 283	
Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund
(1) [...]	(1) unverändert

Altes Recht	Ne
(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch	(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch
1. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,	1. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,	2. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
3. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und der Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden; diese Richtlinie ist erstmals bis zum 28. Februar 2021 zu erlassen und bei Bedarf anzupassen,	3. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und der Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden; diese Richtlinie ist erstmals bis zum 28. Februar 2021 zu erlassen und bei Bedarf anzupassen,
4. zur Personalbedarfsermittlung mit für alle Medizinischen Dienste einheitlichen aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihnen übertragenen Aufgaben,	4. zur Personalbedarfsermittlung mit für alle Medizinischen Dienste einheitlichen aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihnen übertragenen Aufgaben,
5. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Aufgaben sowie zur Bestellung, unabhängigen Aufgabenwahrnehmung und Vergütung der Ombudsperson nach § 278 Absatz 3,	5. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Aufgaben sowie zur Bestellung, unabhängigen Aufgabenwahrnehmung und Vergütung der Ombudsperson nach § 278 Absatz 3,
6. zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste,	6. zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste,
7. zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals,	7. zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals,
8. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung sowie	8. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung sowie
9. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.	9. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.
Der Medizinische Dienst Bund hat folgenden Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind:	Der Medizinische Dienst Bund hat folgenden Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind:
1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,	1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,

Altes Recht	Ne
2. der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer sowie den <i>Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene</i> und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen,	2. der Bundesärztekammer, d und der Bundeszahnärztek organisationen der Pflegeber § 118a Absatz 1 Satz 1 de nehmung der Interessen de Selbsthilfe chronisch krank lichen Organisationen,
3. den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,	3. den Vereinigungen der Leis
4. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und	4. den maßgeblichen Verbänd und
5. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.	5. der oder dem Bundesbeauf formationsfreiheit.
Er hat die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen. Der Vorstand beschließt die Richtlinien im Benehmen mit dem Verwaltungsrat. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Übrigen kann der Medizinische Dienst Bund Empfehlungen abgeben. Das Nähere zum Verfahren regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Richtlinien und Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 282 Absatz 2 Satz 3 und 4 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung erlassen und abgegeben hat, gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund fort.	Er hat die Stellungnahmen in di Vorstand beschließt die Richtlin tungsrat. Die Richtlinien sind fü und bedürfen der Genehmigung heit. Im Übrigen kann der Mediz geben. Das Nähere zum Verfah satz 3 Satz 1 Nummer 1. Richtl zenverband Bund der Krankenk 4 in der bis zum 31. Dezember abgegeben hat, gelten bis zu ih den Medizinischen Dienst Bund
(3) - (5) [...]	(3) - (5) unverändert
§ 317	
Beirat der Gesellschaft für Telematik	Beirat der Ges
(1) Die Gesellschaft für Telematik hat einen Beirat einzurichten. Der Beirat hat eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden. Der Beirat besteht aus	(1) Die Gesellschaft für Te Der Beirat hat eine Vorsitzende besteht aus
1. vier Vertretern der Länder,	1. vier Vertretern der Länder,
2. vier Vertretern der Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, der Pflegebedürftigen und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblich sind,	2. vier Vertretern der Organis Interessen der Patienten, d chronisch Kranker und beh
3. drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen,	3. drei Vertretern der für die V dustry maßgeblichen Bunc mationstechnologie im Ges
4. drei Vertretern der Wissenschaft,	4. drei Vertretern der Wissens

Altes Recht	Ne
5. einem Vertreter der Spitzenorganisation, die für die Wahrnehmung der Interessen der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblich ist,	5. einem Vertreter der Spitzen der Interessen der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblich ist,
6. einem Vertreter aus dem Bereich der Hochschulmedizin,	6. einem Vertreter aus dem B
7. je einem Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der <i>Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene</i> ,	7. je einem Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene Satz 1 Satz 1 des Elften B
8. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,	8. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
9. der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten.	9. der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten.
(2) - (5) [...]	(2) - (5) unverändert
§ 373	
Spezifikationen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen für informationstechnische Systeme in Krankenhäusern und in der pflegerischen Versorgung; Gebühren und Auslagen; Verordnungsermächtigung	Spezifikationen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen für informationstechnische Systeme in Krankenhäusern und in der pflegerischen Versorgung; Gebühren und Auslagen; Verordnungsermächtigung
(1) - (2) [...]	(1) - (2) unverändert
(3) Für die informationstechnischen Systeme nach § 371 Absatz 2 erstellt das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den <i>Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene</i> und den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung die erforderlichen Spezifikationen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach § 371.	(3) Für die informationstechnischen Systeme nach § 371 Absatz 2 erstellt das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene Satz 1 des Elften Buches und den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung die erforderlichen Spezifikationen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach § 371.
(4) - (8) [...]	(4) - (8) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 374	
Abstimmung zur Festlegung sektorenübergreifender einheitlicher Vorgaben	Abstimmung zur Festlegung
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der <i>Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene</i> stimmen sich bei den Festlegungen für offene und standardisierte Schnittstellen nach den §§ 371 bis 373 mit dem Ziel ab, bei inhaltlichen Gemeinsamkeiten der Schnittstellen sektorenübergreifende einheitliche Vorgaben zu treffen. Betreffen die Festlegungen nach Satz 1 pflegerelevante Inhalte, so sind die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der <i>Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene</i> mit einzubeziehen.	Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sechsten Buchen stimmen sich bei den Festlegungen für offene und standardisierte Schnittstellen nach Satz 1 pflegerelevante Inhalte ab. Sind die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach Satz 1 pflegerelevante Inhalte, so sind die Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene mit einzubeziehen.

Artikel 3

Änderung des Pflegezeitgesetzes

Altes Recht	Neues Recht
Gesetz über die Pflegezeit	Gesetz über die Pflegezeit
(Pflegezeitgesetz - PflegeZG) vom: 28.05.2008 - Zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 19.12.2022 I 2510	(Pflegezeitgesetz - PflegeZG) vom: 28.05.2008 - Zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 19.12.2022 I 2510
§ 2	
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	Kurzzeitige Arbeitsverhinderung
(1) [...]	(1) unverändert

Altes Recht	Ne
(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.	(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung oder eine Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.
(3) [...]	(3) unverändert

Artikel 4

Änderung des Pflegeberufgesetzes

Altes Recht	Ne
Gesetz über die Pflegeberufe	Gesetz über die Pflegeberufe
(Pflegeberufegesetz - PflBG) vom: 17.07.2017 - Zuletzt geändert durch Art. 2a G v. 12.12.2023 I Nr. 359	(Pflegeberufegesetz - PflBG) vom: 17.07.2017 - Zuletzt geändert durch Art. 2a G v. 12.12.2023 I Nr. 359
A b s c h n i t t 2	A b s c h n i t t 2
Vorbehaltene Tätigkeiten	Vorbehaltene Aufgaben und berufliche Heilberufe
§ 4	§ 4
Vorbehaltene Tätigkeiten	Vorbehaltene Aufgaben und berufliche Heilberufe
(1) Pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 dürfen beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 durchgeführt werden. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, dürfen pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 nicht durchgeführt werden.	(1) Pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 dürfen beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 durchgeführt werden. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, dürfen pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 nicht durchgeführt werden. prozessverantwortung). Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, dürfen pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 nicht durchgeführt werden.
(2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen	(2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen
1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a,	1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a,

Altes Recht	Neues Recht
2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie	2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d.	3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d.
(3) [...]	(3) unverändert
	Eigenverantwortung
	Personen mit einer Erlaubnis zur Ausübung der heilkundlichen Tätigkeit im Bereich der Pflegeberufe
	Standardisierte Kompetenzbeschreibungen
	Die Fachkommission nach § 37 Absatz 1 Satz 1 des Berufsausbildungsstellenbesetzungsgesetzes (BAStG) entwickelt standardisierte Beschreibungen der beruflichen Kompetenzen und personalen Kompetenzen (sogenannte Kompetenzbeschreibungen) für die Ausbildung im Gesundheitswesen. Dazu gehören insbesondere die fachlichen, sozialen und methodischen Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des BAStG. Die Kompetenzbeschreibungen werden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beschlossen. Änderungen der standardisierten Kompetenzbeschreibungen bedürfen einer erneuten Genehmigung durch das BMBF und das BMG.
§ 37	
Ausbildungsziele	Ausbildungsziele
(1) [...]	(1) unverändert

Altes Recht	Ne
(2) Die hochschulische Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen nach § 5 Absatz 2 in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik. Sie vermittelt zusätzlich die <i>zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten</i> erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz.	(2) Die hochschulische Aus Pflegefachmann vermittelt die f prozessorientierte Pflege von M satz 2 in akut und dauerhaft sta tionen erforderlichen fachlichen senshaftlicher Grundlage und zur eigenverantwortlichen Wa chen Aufgaben erforderlichen zen auf wissenschaftlicher Grun diabetische Stoffwechsellage, c

(3) Die hochschulische Ausbildung umfasst die in § 5 Absatz 3 beschriebenen Kompetenzen der beruflichen Pflegeausbildung. Sie befähigt darüber hinaus insbesondere 1. zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschafts-basierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen, 2. vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ-institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten, 3. sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können sowie berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen, 4. sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinandersetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können, und 5. an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken, 6. <i>zur selbständigen und eigenverantwortlichen Übernahme von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten</i> in den in Absatz 2 Satz 2 genannten Bereichen in Pflege- und Therapieprozessen auch bei hochkomplexen Pflegebedarfen von Menschen aller Altersstufen unter Einbezug von deren Bezugspersonen und in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, 7. zur Integration <i>der eigenverantwortlich und selbständig ausgeübten erweiterten heilkundlichen Aufgaben</i> in den in Absatz 2 Satz 2 genannten Bereichen in den Pflege- und Therapieprozess aus einer pflegerischen Perspektive sowie dazu, die so gewonnenen Erkenntnisse im interprofessionellen Team argumentativ zu vertreten und die subjektiven Vorstellungen zu diesen Aufgaben zu reflektieren, 8. zur Verabreichung von Infusionstherapie und Injektionen sowie zur Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln in den in Absatz 2 Satz 2 genannten Bereichen und zur Auseinandersetzung mit einem professionellen Berufs- und Rollenverständnis in Bezug auf die <i>selbständige und eigenverantwortliche Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten</i> sowie den damit zusammenhängenden fachlichen, wirtschaftlichen, rechtlichen und ethischen Fragestellungen, die sich aus dem Anspruch einer prozesshaften Bearbeitung und einer am zu pflegenden Menschen ausgerichteten Pflege ergeben.	(3) Die hochschulische Ausbildung umfasst die in § 5 Absatz 3 beschriebenen Kompetenzen der beruflichen Pflegeausbildung. Sie befähigt darüber hinaus insbesondere 1. zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschafts-basierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen, 2. vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ-institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten, 3. sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können sowie berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen, 4. sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinandersetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können, und 5. an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken, 6. zur eigenverantwortlichen Übernahme von erweiterten heilkundlichen Aufgaben in den in Absatz 2 Satz 2 genannten Bereichen in Pflege- und Therapieprozessen auch bei hochkomplexen Pflegebedarfen von Menschen aller Altersstufen unter Einbezug von deren Bezugspersonen und in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, 7. zur Integration der wahrgegründeten heilkundlichen Aufgaben in den in Absatz 2 Satz 2 genannten Bereichen in den Pflege- und Therapieprozess sowie dazu, die so gewonnenen Erkenntnisse im interprofessionellen Team argumentativ zu vertreten und die subjektiven Vorstellungen zu diesen Aufgaben zu reflektieren, 8. zur Verabreichung von Infusionstherapie und Injektionen sowie zur Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln in den in Absatz 2 Satz 2 genannten Bereichen und zur Auseinandersetzung mit einem professionellen Berufs- und Rollenverständnis in Bezug auf die selbständige und eigenverantwortliche Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten sowie den damit zusammenhängenden fachlichen, wirtschaftlichen, rechtlichen und ethischen Fragestellungen, die sich aus dem Anspruch einer prozesshaften Bearbeitung und einer am zu pflegenden Menschen ausgerichteten Pflege ergeben.
(4) - (5) [...]	(4) - (5) unverändert

Altes Recht	Neues Recht
§ 66e	
Übergangsvorschrift für Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen	Übergangsvorschrift für Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen
<i>Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen, können die für eine erweiterte heilkundliche Tätigkeit nach § 37 Absatz 2 Satz 2 erforderlichen Kompetenzen ebenfalls erwerben. In diesem Fall finden für den gesonderten Erwerb von erweiterten heilkundlichen Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 die Vorschriften von Teil 3 dieses Gesetzes in der geltenden Fassung entsprechend Anwendung. Die erworbenen erweiterten heilkundlichen Kompetenzen werden zum Ende des Studienangebots staatlich geprüft.</i>	Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen, können die für eine erweiterte heilkundliche Tätigkeit nach § 37 Absatz 2 Satz 2 erforderlichen Kompetenzen ebenfalls erwerben. In diesem Fall finden für den gesonderten Erwerb der Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 die Vorschriften von Teil 3 dieses Gesetzes in der geltenden Fassung entsprechend Anwendung. Die erworbenen erweiterten heilkundlichen Kompetenzen werden zum Ende des Studienangebots staatlich geprüft.

Artikel 5

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Altes Recht	Neues Recht
-------------	-------------

Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022)	Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022)
(- SGB 12) vom: 27.12.2003 - Zuletzt geändert durch Art. 7 G v. 8.5.2024 I Nr. 152	(- SGB 12) vom: 27.12.2003 - Zuletzt geändert durch Art. 7 G v. 8.5.2024 I Nr. 152
§ 64k	
Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen	Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen
Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 64j Anspruch auf erforderliche ergänzende Unterstützungsleistungen, <i>die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 des Elften Buches festgelegt hat</i> , durch nach dem Recht des Elften Buches zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.	Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 64j Anspruch auf erforderliche ergänzende Unterstützungsleistungen durch nach dem Recht des Elften Buches zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.

Artikel 6

Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung

Altes Recht	Neues Recht
-------------	-------------

Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (BGBl. I S. 1572)	Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572)
(- PflAPrV) vom: 2.10.2018 - Zuletzt geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom 21. November 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 360)	(- PflAPrV) vom: 2.10.2018 - Zuletzt geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom 21. November 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 360)
§ 33	§ 33
Prüfungsausschuss	Prüfungsausschuss

(1) An jeder Hochschule, die die hochschulische Pflegeausbildung anbietet, wird ein Prüfungsausschuss gebildet, der für die ordnungsgemäße Durchführung der Modulprüfungen nach § 39 Absatz 2 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes zuständig ist. Er besteht mindestens aus folgenden Mitgliedern: 1. einer Vertreterin oder einem Vertreter der zuständigen Behörde oder einer von der zuständigen Behörde mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe betrauten geeigneten Person, 2. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Hochschule, 3. mindestens einer Prüferin oder einem Prüfer, die oder der an der Hochschule für das Fach berufen ist, und einer Prüferin oder einem Prüfer, die oder der über eine Hochschulprüfungsberechtigung verfügen, sowie 4. mindestens einer Prüferin oder einem Prüfer, die oder der für die Abnahme des praktischen Prüfungsteils geeignet ist. Die Prüferinnen oder Prüfer nach Satz 2 Nummer 3 oder 4 müssen über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 des Pflegeberufegesetzes verfügen. Für Prüferinnen oder Prüfer nach Satz 2 Nummer 3 können die Länder bis zum Jahr 2029 Ausnahmen vom Erfordernis nach Satz 3 genehmigen. Für die Prüfung der Kompetenzen zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten durch hochschulisch ausgebildete Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes 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 selbständigen und eigenverantwortlichen Kompetenzen zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten unterrichtet haben, die Gegenstand der staatlichen Prüfung sind.	(1) An jeder Hochschule, die die hochschulische Pflegeausbildung anbietet, wird ein Prüfungsausschuss gebildet, der für die ordnungsgemäße Durchführung der Modulprüfungen nach § 39 Absatz 2 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes zuständig ist. Er besteht mindestens aus folgenden Mitgliedern: 1. einer Vertreterin oder einem Vertreter der zuständigen Behörde oder einer von der zuständigen Behörde mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe betrauten geeigneten Person, 2. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Hochschule, 3. mindestens einer Prüferin oder einem Prüfer, die oder der an der Hochschule für das Fach berufen ist, und einer Prüferin oder einem Prüfer, die oder der über eine Hochschulprüfungsberechtigung verfügen, sowie 4. mindestens einer Prüferin oder einem Prüfer, die oder der für die Abnahme des praktischen Prüfungsteils geeignet ist. Die Prüferinnen oder Prüfer nach Satz 2 Nummer 3 oder 4 müssen über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 des Pflegeberufegesetzes verfügen. Für Prüferinnen oder Prüfer nach Satz 2 Nummer 3 können die Länder bis zum Jahr 2029 Ausnahmen vom Erfordernis nach Satz 3 genehmigen. Für die Prüfung der Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von weiteren heilkundlichen Aufgaben durch hochschulisch ausgebildete Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes 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 weiterer heilkundlicher Aufgaben unterrichtet haben, die Gegenstand der staatlichen Prüfung sind.
---	--

(2) - (6) [...]	(2) - (6) unverändert
§ 37	§ 37
Praktischer Teil der Prüfung	Praktischer Teil der Prüfung
(1) - (2) [...]	(1) - (2) unverändert
(2a) Der praktische Teil der Prüfung nach Absatz 1 Nummer 2 besteht aus einer Aufgabe <i>zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten</i> bei Patientinnen oder Patienten. Sie umfasst die Kompetenzbereiche I bis IV der Anlage 5 Teil B. Die zu prüfende Person übernimmt dabei alle Aufgaben, die Gegenstand der Behandlung sind, einschließlich der Dokumentation. Die zu prüfende Person zeigt die erworbenen Kompetenzen im Bereich <i>der selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten</i>. Dabei stellt sie auch die Kompetenz unter Beweis, ihre Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat sie nachzuweisen, dass sie in der Lage ist, die erworbenen Kompetenzen <i>zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten</i> in der beruflichen Praxis anzuwenden, und dass sie befähigt ist, die Aufgaben eigenverantwortlich zu lösen. Der praktische Teil der Prüfung nach Absatz 1 Nummer 2 schließt das entsprechende Modul ab.	(2a) Der praktische Teil der Prüfung nach Absatz 1 Nummer 2 besteht aus einer Aufgabe zur Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben bei Patientinnen oder Patienten. Sie umfasst die Kompetenzbereiche I bis IV der Anlage 5 Teil B. Die zu prüfende Person übernimmt dabei alle Aufgaben, die Gegenstand der Behandlung sind, einschließlich der Dokumentation. Die zu prüfende Person zeigt die erworbenen Kompetenzen im Bereich der eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben. Dabei stellt sie auch die Kompetenz unter Beweis, ihre Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat sie nachzuweisen, dass sie in der Lage ist, die erworbenen Kompetenzen der eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben in der beruflichen Praxis anzuwenden, und dass sie befähigt ist, die Aufgaben eigenverantwortlich zu lösen. Der praktische Teil der Prüfung nach Absatz 1 Nummer 2 schließt das entsprechende Modul ab.
(3) - (5) [...]	(3) - (5) unverändert

(5a) Die Prüfung nach Absatz 2a besteht aus mindestens einer Fallvorstellung mit einer Dauer von insgesamt maximal 20 Minuten, der Durchführung einer Aufgabe <i>zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten</i> aus den Kompetenzbereichen I bis IV der Anlage 5 Teil B und einem Prüfungsgespräch mit einer Dauer von maximal 20 Minuten. In dem Prüfungsgespräch hat die zu prüfende Person ihre Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Die Prüfung für die einzelne zu prüfende Person soll einschließlich des Prüfungsgesprächs in der Regel nicht länger als 180 Minuten dauern und kann durch eine organisatorische Pause von maximal einem Werktag unterbrochen werden.	(5a) Die Prüfung nach Absatz 2a besteht aus mindestens einer Fallvorstellung mit einer Dauer von insgesamt maximal 20 Minuten, der Durchführung einer Aufgabe zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben aus den Kompetenzbereichen I bis IV der Anlage 5 Teil B und einem Prüfungsgespräch mit einer Dauer von maximal 20 Minuten. In dem Prüfungsgespräch hat die zu prüfende Person ihre Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Die Prüfung für die einzelne zu prüfende Person soll einschließlich des Prüfungsgesprächs in der Regel nicht länger als 180 Minuten dauern und kann durch eine organisatorische Pause von maximal einem Werktag unterbrochen werden.
§ 42	§ 42
Erlaubnisurkunde	Erlaubnisurkunde
Sind die Voraussetzungen nach § 2 des Pflegeberufgesetzes für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes, nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes, nach § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes oder nach § 58 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes erfüllt, so stellt die zuständige Behörde die Erlaubnisurkunde nach dem Muster der Anlage 13 aus. Für die Ausbildung nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes enthält die Urkunde nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes einen Hinweis auf die <i>erweiterten heilkundlichen Kompetenzen</i> nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes nach dem Muster der Anlage 14.	Sind die Voraussetzungen nach § 2 des Pflegeberufgesetzes für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes, nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes, nach § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes oder nach § 58 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes erfüllt, so stellt die zuständige Behörde die Erlaubnisurkunde nach dem Muster der Anlage 13 aus. Für die Ausbildung nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes enthält die Urkunde nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes einen Hinweis auf die Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes nach dem Muster der Anlage 14.
Anlage 5 Teil B (Kompetenzen nach § 35 Absatz 2 Satz 2, § 36 Absatz 1 Satz 2, § 37 Absatz 1 Nummer 2)	Anlage 5 Teil B (Kompetenzen nach § 35 Absatz 2 Satz 2, § 36 Absatz 1 Satz 2, § 37 Absatz 1 Nummer 2)

I. Grundlagen zur Entwicklung eines professionellen Berufs- und Rollenverständnisses mit *erweiterter heilkundlicher Verantwortung*.

Die Absolventinnen und Absolventen

- entwickeln ein erweitertes Rollenverständnis sowie eine professionelle Haltung im Hinblick auf die *Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben* vor einem rechtlich-ethischen Hintergrund,
- schätzen ihre eigenen Kompetenzen und Potenziale ein und treffen eine begründete Entscheidung für oder gegen die *Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben*,
- identifizieren und gestalten die mit *den erweiterten heilkundlichen Kompetenzen* verbundenen Verantwortungsbereiche in verschiedenen pflegeberuflichen Handlungsfeldern sowie die Spannungsfelder, die sich in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, dem interprofessionellen Team und den involvierten Leistungsträgern ergeben können,
- *übernehmen eine erweiterte Verantwortung für die Einbettung heilkundlicher Tätigkeiten in den Pflege- und Therapieprozess* und die Steuerung von Pflege- und Therapieprozessen bei hochkomplexen Pflegebedarfen, gesundheitlichen Problemlagen sowie hochbelasteten und kritischen Lebens- und Pflegesituationen und Verlaufsdynamiken,
- überwachen und steuern integrierte patientenorientierte Pflege- und Therapieprozesse unter Nutzung vertieften forschungsbasierten Wissens in enger Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Berufsgruppen,
- übernehmen die fachliche, wirtschaftliche, ethische und rechtliche Verantwortung für *die selbständig ausgeführten übertragenen erweiterten heilkundlichen Aufgaben*,
- beteiligen sich an der wissenschaftsbasierten Weiterentwicklung der Pflege- und Versorgungsqualität und bringen sich in ihrer neuen Rolle als Bindeglied zwischen den zu pflegenden Menschen aller

I. Grundlagen zur Entwicklung eines professionellen Berufs- und Rollenverständnisses mit **Verantwortung zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben**.

Die Absolventinnen und Absolventen

- entwickeln ein erweitertes Rollenverständnis sowie eine professionelle Haltung im Hinblick auf die **eigenverantwortliche Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben** vor einem rechtlich-ethischen Hintergrund,
- schätzen ihre eigenen Kompetenzen und Potenziale ein und treffen eine begründete Entscheidung für oder gegen die **eigenverantwortliche Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben**,
- identifizieren und gestalten die mit **der Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben** verbundenen Verantwortungsbereiche in verschiedenen pflegeberuflichen Handlungsfeldern sowie die Spannungsfelder, die sich in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, dem interprofessionellen Team und den involvierten Leistungsträgern ergeben können,
- **übernehmen eine erweiterte Verantwortung für die Einbettung eigenverantwortlich wahrgenommener weiterer heilkundlicher Aufgaben in den Pflege- und Therapieprozess** und die Steuerung von Pflege- und Therapieprozessen bei hochkomplexen Pflegebedarfen, gesundheitlichen Problemlagen sowie hochbelasteten und kritischen Lebens- und Pflegesituationen und Verlaufsdynamiken,
- überwachen und steuern integrierte patientenorientierte Pflege- und Therapieprozesse unter Nutzung vertieften forschungsbasierten Wissens in enger Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Berufsgruppen,

Altersstufen, dem intra- und interprofessionellen Team sowie ggf. den involvierten Leistungsträgern ein, - nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr und erkennen notwendige Veränderungen, z. B. im Aufgabenzuschnitt oder in den Rahmenbedingungen, und leiten entsprechende Handlungsalternativen ab, - identifizieren und beheben eigene berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe, - übernehmen die Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen bei Menschen in hochkomplexen Pflege- und Lebenssituationen einschließlich der Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln, - führen selbständig Infusionstherapie und Injektionen unter Berücksichtigung vertieften forschungsbasierten Wissens durch.	- übernehmen die fachliche, wirtschaftliche, ethische und rechtliche Verantwortung für die eigenverantwortlich wahrgenommenen weiteren heilkundlichen Aufgaben, - beteiligen sich an der wissenschaftsbasierten Weiterentwicklung der Pflege- und Versorgungsqualität und bringen sich in ihrer neuen Rolle als Bindeglied zwischen den zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, dem intra- und interprofessionellen Team sowie ggf. den involvierten Leistungsträgern ein, - nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr und erkennen notwendige Veränderungen, z. B. im Aufgabenzuschnitt oder in den Rahmenbedingungen, und leiten entsprechende Handlungsalternativen ab, - identifizieren und beheben eigene berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe, - übernehmen die Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen bei Menschen in hochkomplexen Pflege- und Lebenssituationen einschließlich der Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln, - führen selbständig Infusionstherapie und Injektionen unter Berücksichtigung vertieften forschungsbasierten Wissens durch.
--	---

II. *Erweiterte heilkundliche Verantwortung* für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechselleage.

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen bei Menschen aller Altersstufen mit einer diabetischen Stoffwechselleage entlang eines Algorithmus bzw. Behandlungspaths unter Berücksichtigung von entwicklungs- und altersspezifischen besonderen Verlaufsdynamiken in enger Abstimmung mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen,
- schätzen mithilfe von alters- und entwicklungsspezifischen Assessments diabetesassoziierte Werte und klinische Befunde, diabetesassoziierte und patientenindividuelle sowie situationsspezifische Risiken und Komplikationen sowie die funktionelle Unabhängigkeit/Abhängigkeit des zu pflegenden Menschen ein, bewerten die Ergebnisse und leiten Schlussfolgerungen hinsichtlich therapeutischer Interventionen sowie des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs der Betroffenen, der Eltern und/oder Bezugspersonen ab,
- analysieren, reflektieren und evaluieren kritisch Kommunikations-, Interaktions- und Beratungsprozesse auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Methoden sowie unter ethischen Gesichtspunkten zur Reflexion der Krankheitsvorstellungen und Bewältigungsarbeit der Betroffenen im Lebensalltag,
- konzipieren, gestalten und evaluieren abgestimmte entwicklungs- und altersspezifische Schulungs- und Beratungskonzepte mit Menschen in einer diabetischen Stoffwechselleage und ihren Bezugspersonen auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse und etablierter Versorgungsleitlinien,
- analysieren wissenschaftlich begründet die derzeitigen Versorgungsstrukturen, die Steuerung von Versorgungsprozessen und Formen der

II. **Verantwortung für weitere heilkundliche Aufgaben** für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechselleage.

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen bei Menschen aller Altersstufen mit einer diabetischen Stoffwechselleage entlang eines Algorithmus bzw. Behandlungspaths unter Berücksichtigung von entwicklungs- und altersspezifischen besonderen Verlaufsdynamiken in enger Abstimmung mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen,
- schätzen mithilfe von alters- und entwicklungsspezifischen Assessments diabetesassoziierte Werte und klinische Befunde, diabetesassoziierte und patientenindividuelle sowie situationsspezifische Risiken und Komplikationen sowie die funktionelle Unabhängigkeit/Abhängigkeit des zu pflegenden Menschen ein, bewerten die Ergebnisse und leiten Schlussfolgerungen hinsichtlich therapeutischer Interventionen sowie des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs der Betroffenen, der Eltern und/oder Bezugspersonen ab,
- analysieren, reflektieren und evaluieren kritisch Kommunikations-, Interaktions- und Beratungsprozesse auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Methoden sowie unter ethischen Gesichtspunkten zur Reflexion der Krankheitsvorstellungen und Bewältigungsarbeit der Betroffenen im Lebensalltag,
- konzipieren, gestalten und evaluieren abgestimmte entwicklungs- und altersspezifische Schulungs- und Beratungskonzepte mit Menschen in einer diabetischen Stoffwechselleage und ihren Bezugspersonen auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse und etablierter Versorgungsleitlinien,
- analysieren wissenschaftlich begründet die derzeitigen Versorgungsstrukturen, die Steuerung von Versorgungsprozessen und Formen der

intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit bei Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage und reflektieren diese kritisch, - wirken an der (Weiter-)Entwicklung und Implementierung von wissenschaftsorientierten, innovativen Lösungsansätzen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen und der Steuerung von Versorgungsprozessen bei Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage mit, - analysieren wissenschaftlich begründet rechtliche, ökonomische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Versorgung von Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage und bewerten diese kritisch, - erschließen und bewerten Forschungsergebnisse und neue Technologien im Bereich der Versorgung von Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage und identifizieren Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarfe der am Prozess Beteiligten, - erleben und erkennen ihr durch die <i>selbständige Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben</i> erweitertes Kompetenzprofil und gestalten die Schnittstellen zu anderen mit der Diabetesproblematik befassten Fachberufen/Gesundheitsberufen.	intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit bei Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage und reflektieren diese kritisch, - wirken an der (Weiter-)Entwicklung und Implementierung von wissenschaftsorientierten, innovativen Lösungsansätzen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen und der Steuerung von Versorgungsprozessen bei Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage mit, - analysieren wissenschaftlich begründet rechtliche, ökonomische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Versorgung von Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage und bewerten diese kritisch, - erschließen und bewerten Forschungsergebnisse und neue Technologien im Bereich der Versorgung von Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage und identifizieren Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarfe der am Prozess Beteiligten, - erleben und erkennen ihr durch die eigenverantwortliche Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben erweitertes Kompetenzprofil und gestalten die Schnittstellen zu anderen mit der Diabetesproblematik befassten Fachberufen/Gesundheitsberufen.
--	---

III. <i>Erweiterte heilkundliche Verantwortung</i> für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind. Die Absolventinnen und Absolventen - übernehmen die Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen zur Unterstützung von Menschen mit chronischen oder schwerheilenden Wunden bei der Bewältigung von hochbelasteten Lebens- und Pflegesituationen, - nutzen spezifische leitliniengestützte Assessmentinstrumente bzw. koordinieren diagnostische wundbezogene Untersuchungen und erheben und beurteilen den individuellen Pflege- und Therapiebedarf sowie alters- und krankheitsbedingte klinische und familiäre Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen Pflegesituationen von Menschen mit chronischen Wunden, - übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen entlang eines evidenzbasierten Algorithmus bzw. Behandlungspfads einschließlich der Verordnung von Medizinprodukten (z. B. Verbandmaterial) und Hilfsmitteln bei Menschen mit den besonderen gesundheitlichen Problemlagen einer chronischen oder schwerheilenden Wunde und ihren Bezugspersonen und in enger Abstimmung mit ihnen, entsprechend systematisch entwickelter Leitlinien und Expertenstandards, - nutzen ein vertieftes und kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen mit chronischen oder schwerheilenden Wunden und ihre Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbewältigung kommunikativ zu unterstützen,	III. Verantwortung für weitere heilkundliche Aufgaben für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind. Die Absolventinnen und Absolventen - übernehmen die Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen zur Unterstützung von Menschen mit chronischen oder schwerheilenden Wunden bei der Bewältigung von hochbelasteten Lebens- und Pflegesituationen, - nutzen spezifische leitliniengestützte Assessmentinstrumente bzw. koordinieren diagnostische wundbezogene Untersuchungen und erheben und beurteilen den individuellen Pflege- und Therapiebedarf sowie alters- und krankheitsbedingte klinische und familiäre Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen Pflegesituationen von Menschen mit chronischen Wunden, - übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen entlang eines evidenzbasierten Algorithmus bzw. Behandlungspfads einschließlich der Verordnung von Medizinprodukten (z. B. Verbandmaterial) und Hilfsmitteln bei Menschen mit den besonderen gesundheitlichen Problemlagen einer chronischen oder schwerheilenden Wunde und ihren Bezugspersonen und in enger Abstimmung mit ihnen, entsprechend systematisch entwickelter Leitlinien und Expertenstandards, - nutzen ein vertieftes und kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen mit chronischen oder schwerheilenden Wunden und ihre Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbewältigung kommunikativ zu unterstützen,
--	--

- konzipieren, gestalten und evaluieren Informations-, Schulungs- und Beratungskonzepte für Menschen mit chronischen Wunden auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse, - wirken an der Implementierung <i>erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten</i> bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und über die Versorgungsbereiche hinweg mit, - wirken an der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von wissenschaftsbasierten oder -orientierten Instrumenten der Qualitätssicherung und -entwicklung im Hinblick auf die pflegerische und medizinische Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden mit, - schätzen die Wirkung von unterschiedlichen therapeutischen Möglichkeiten bezogen auf die Ziele und den Nutzen für die Wundheilung kritisch ein, - erschließen und bewerten (aktuelle) Forschungsergebnisse und Empfehlungen von Fachgesellschaften, z. B. Expertenstandards und Leitlinien, zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden und nutzen diese ggf. für die Gestaltung des Versorgungsprozesses.	- konzipieren, gestalten und evaluieren Informations-, Schulungs- und Beratungskonzepte für Menschen mit chronischen Wunden auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse, - wirken an der Implementierung weiterer heilkundlicher Aufgaben bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und über die Versorgungsbereiche hinweg mit, - wirken an der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von wissenschaftsbasierten oder -orientierten Instrumenten der Qualitätssicherung und -entwicklung im Hinblick auf die pflegerische und medizinische Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden mit, - schätzen die Wirkung von unterschiedlichen therapeutischen Möglichkeiten bezogen auf die Ziele und den Nutzen für die Wundheilung kritisch ein, - erschließen und bewerten (aktuelle) Forschungsergebnisse und Empfehlungen von Fachgesellschaften, z. B. Expertenstandards und Leitlinien, zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden und nutzen diese ggf. für die Gestaltung des Versorgungsprozesses.
--	--

IV. *Erweiterte heilkundliche Verantwortung* für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind.

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Unterstützung der Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Bezugspersonen und in enger Abstimmung mit ihnen sowie mit dem interprofessionellen Team,
- nutzen spezifische, wissenschaftlich begründete Assessmentinstrumente der Geriatrie, Demenzdiagnostik und der geriatrischen Pflege, erfassen beobachtbare Verhaltensweisen, die Fähigkeiten zur Selbstversorgung und die Medikation im Kontext dieser Beobachtung, führen Umgebungsassessments durch, veranlassen weiterführende diagnostische Untersuchungen und integrieren biografie- und lebensweltorientierte Daten vor dem Hintergrund eines vertieften, an Forschungsergebnissen orientierten Verständnisses für die Lebenssituation der Menschen, die von Demenz betroffen sind,
- fördern die Entwicklung der zu pflegenden Menschen in ihrem sozialen Bezugssystem sowie einen möglichst weitgehenden Erhalt von Autonomie auf der Basis von pflege- und bezugswissenschaftlichem Wissen,
- begründen den Pflege- und Therapieprozess sowohl mit diagnosebedingten Algorithmen bzw. Behandlungspfaden als auch unter Berücksichtigung individueller personenzentrierter Aspekte der Beziehungsgestaltung,
- nutzen ein vertieftes, kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen mit Demenz und ihre Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbewältigung zu unterstützen,

IV. **Verantwortung für weitere heilkundliche Aufgaben** für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind.

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Unterstützung der Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Bezugspersonen und in enger Abstimmung mit ihnen sowie mit dem interprofessionellen Team,
- nutzen spezifische, wissenschaftlich begründete Assessmentinstrumente der Geriatrie, Demenzdiagnostik und der geriatrischen Pflege, erfassen beobachtbare Verhaltensweisen, die Fähigkeiten zur Selbstversorgung und die Medikation im Kontext dieser Beobachtung, führen Umgebungsassessments durch, veranlassen weiterführende diagnostische Untersuchungen und integrieren biografie- und lebensweltorientierte Daten vor dem Hintergrund eines vertieften, an Forschungsergebnissen orientierten Verständnisses für die Lebenssituation der Menschen, die von Demenz betroffen sind,
- fördern die Entwicklung der zu pflegenden Menschen in ihrem sozialen Bezugssystem sowie einen möglichst weitgehenden Erhalt von Autonomie auf der Basis von pflege- und bezugswissenschaftlichem Wissen,
- begründen den Pflege- und Therapieprozess sowohl mit diagnosebedingten Algorithmen bzw. Behandlungspfaden als auch unter Berücksichtigung individueller personenzentrierter Aspekte der Beziehungsgestaltung,
- nutzen ein vertieftes, kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen mit Demenz und ihre Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbewältigung zu unterstützen,

- konzipieren, gestalten und evaluieren Beratungs- und Schulungskonzepte für Menschen mit Demenz sowie für ihre Bezugspersonen auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse, - treffen in moralischen Konfliktsituationen begründete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung pflegeethischer Ansätze, - wirken an der (Weiter-)Entwicklung und Implementierung von wissenschaftsorientierten, innovativen Lösungsansätzen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen und der Steuerung von Versorgungsprozessen mit Menschen mit Demenz und ihren Bezugspersonen mit, - wirken an der Implementierung von wissenschaftsbasierten oder -orientierten Instrumenten der Qualitätssicherung und -entwicklung im Hinblick auf die Unterstützung von Menschen mit Demenz im jeweiligen Versorgungsbereich mit, - erschließen und bewerten aktuelle Forschungsergebnisse und neue Technologien zur Versorgung von Menschen mit Demenz und setzen diese im Pflege- und Therapieprozess um.	- konzipieren, gestalten und evaluieren Beratungs- und Schulungskonzepte für Menschen mit Demenz sowie für ihre Bezugspersonen auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse, - treffen in moralischen Konfliktsituationen begründete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung pflegeethischer Ansätze, - wirken an der (Weiter-)Entwicklung und Implementierung von wissenschaftsorientierten, innovativen Lösungsansätzen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen und der Steuerung von Versorgungsprozessen mit Menschen mit Demenz und ihren Bezugspersonen mit, - wirken an der Implementierung von wissenschaftsbasierten oder -orientierten Instrumenten der Qualitätssicherung und -entwicklung im Hinblick auf die Unterstützung von Menschen mit Demenz im jeweiligen Versorgungsbereich mit, - erschließen und bewerten aktuelle Forschungsergebnisse und neue Technologien zur Versorgung von Menschen mit Demenz und setzen diese im Pflege- und Therapieprozess um.
Anlage 14 (zu § 42 Satz 2)	Anlage 14 (zu § 42 Satz 2) Anlage zur Urkunde über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

Anlage zur Urkunde über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung (Hinweis nach § 42 Satz 2 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung <i>über die erweiterten heilkundlichen Kompetenzen</i> nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes) Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort hat im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung nach Teil 3 des Pflegeberufegesetzes die erforderlichen Kompetenzen <i>zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten</i> in den Bereichen diabetische Stoffwechselerkrankungen, chronische Wunden und Demenz erworben. Ort, Datum Unterschrift oder qualifizierte elektronische Signatur Siegel	Anlage zur Urkunde über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung (Hinweis nach § 42 Satz 2 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung über die weiteren heilkundlichen Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes) Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort hat im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung nach Teil 3 des Pflegeberufegesetzes die erforderlichen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben in den Bereichen diabetische Stoffwechselerkrankungen, chronische Wunden und Demenz erworben. Ort, Datum Unterschrift oder qualifizierte elektronische Signatur Siegel
---	--

