

(1) bis (4) – Anmerkung: in Leseprobe nicht wiedergegeben.

(5) ¹ Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen. ² Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. ³ Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

(6) ¹ Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. ² 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. ³ Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. ⁴ Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über vier Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie ausnahmsweise auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten. ⁵ 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. ⁶ 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,
2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,
3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und
4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.

⁷ Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. ⁸ Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis nach Satz 4 sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. ⁹ Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. ¹⁰ 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. ¹¹ 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. ¹² Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. ¹³ Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. ¹⁴ 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.

(7) ¹ 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. ² Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. ³ Gefördert werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. ⁴ Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7 500 Euro möglich. ⁵ Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. ⁶ Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. ⁷ Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. ⁸ Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. ⁹ 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. ¹⁰ Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene 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. ¹¹ Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. ¹² Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. ¹³ 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. ¹⁴ Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ¹⁵ Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(8) ¹ Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2021 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. ² Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. ³ Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. ⁴ Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. ⁵ Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. ⁶ 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. ⁷ 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 7 unterbrochen. ⁸ Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ⁹ Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(9) ¹ Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß

den Absätzen 5, 7 und 8 jeweils ergeben.² Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro.³ Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.⁴ Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben.⁵ § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden.⁶ Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen.⁷ § 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.

(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach den Absätzen 6 bis 8 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 9 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung.

Begründung zum PpsG zum Anfügen von Absatz 5 bis 10:

Zu Absatz 5

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 wurden die Vertragsparteien nach § 113 verpflichtet, gemäß § 113 Absatz 1b eine fachlich unabhängige Institution mit der Zusammenführung und Auswertung der Daten des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich zu beauftragen. Notwendige Voraussetzung für den Betrieb dieser Datenauswertungsstelle ist die Sicherstellung ihrer Finanzierung. Nach Vorliegen der notwendigen konzeptionellen Vorarbeiten durch die zur Entwicklung von Instrumenten für die Messung und Darstellung der Qualität in stationären Einrichtungen gemäß § 113b Absatz 4 Nummer 1 beauftragten Wissenschaftler ist nun eine sachgerechte Finanzierungsregelung zu treffen. Über Absatz 9 ist die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sichergestellt. Zu Absatz 6 – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss (Neueinstellungen/Stellenaufstockung, Pflegefachkraft in Ausbildung, Frist auf vier Monate erweitert) und Einfügen von Satz 10

Alle Einrichtungen der vollstationären Altenpflege einschließlich der Kurzzeitpflege in Deutschland sollen im Rahmen des Sofortprogramms bei ihrer täglichen Leistungserbringung unterstützt werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Dazu erhalten die Einrichtungen unmittelbar einen gesetzlichen Anspruch, auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Pflegefachkräfte durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen: Einrichtungen mit bis zu 40 Plätzen erhalten jeweils einen Zuschlag zur Finanzierung einer halben zusätzlichen Pflegestelle, Einrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung einer zusätzlichen Pflegestelle, Einrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung von anderthalb zusätzlichen Pflegestellen und Einrichtungen ab 121 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung von zwei zusätzlichen Pflegestellen. Voraussetzung ist hierbei, dass es sich um zusätzliches Pflegepersonal handelt, das über das von der Pflegeeinrichtung nach der bestehenden Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal hinausgeht. Damit wird insbesondere der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in der vollstationären Altenpflege pauschal teilweise berücksichtigt. Mit den zusätzlichen Pflegekräften erhalten die Pflegebedürftigen in der Pflegeeinrichtung insgesamt einen um den Stellenzuwachs erhöhten Anspruch auf mehr Pflege. Es muss sich hierbei grundsätzlich um Pflegefachkräfte handeln, die in der Pflegeeinrichtung zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen für die zu versorgenden Pflegebedürftigen zum Einsatz kommen. Soweit es der Pflegeeinrichtung trotz anhaltender Aktivitäten wie Ausschreibung der Stellenanteile und der Meldung der Suche bei der Bundesagentur für Arbeit nachweislich innerhalb von 3 Monaten nicht gelingt, Pflegefachkräfte zu finden, ist ein Vergütungszuschlag auch für Pflegehilfskräfte zulässig. Dabei sind die ordnungsrechtlichen Vorgaben des Heimrechts der Länder, insbesondere zur Fachkraftquote, zu beachten.

Die Höhe des Vergütungszuschlags richtet sich nach den tatsächlichen Aufwendungen für die zusätzlichen Pflegestellen. Für die Pflegekassen besteht hier kein Verhandlungsmandat. Über den Verweis auf § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 wird zusätzlich sichergestellt, dass die konkrete Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zugrunde gelegt werden kann und

eine darüber hinaus gehende Bezahlung der Beschäftigten eines sachlichen Grundes bedarf. Zur Finanzierung dieser speziellen Leistung an die Einrichtungen zahlen die Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich anteilig mit pauschal 44 Millionen Euro im Jahr.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, unverzüglich zum Inkrafttreten der Regelung das Antragsverfahren einschließlich der Zahlung in den einzelnen Bundesländern im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen einheitlich und praktikabel zu regeln. Die Regelung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit, welches sich dazu im Rahmen der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit diesem ins Benehmen setzt. Zur Reduzierung des Aufwandes und zur Vermeidung von Schwankungen hat die monatliche Auszahlung zum 15. des laufenden Monats einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte wie beispielsweise im Hinblick auf das zusätzlich beschäftigte Pflegepersonal oder die dafür zugrunde gelegte Bezahlung sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Um das gesetzgeberische Ziel einer schnellen Verbesserung in der vollstationären Pflege wirksam umzusetzen, sind für die Anforderungen an die Antragstellung einfache Belege für die vorgesehene Personalstellenerweiterung vorzusehen. Für den Nachweis der zusätzlichen Stellen und der zugrunde gelegten Bezahlung der Beschäftigten findet das Nachweisverfahren gemäß § 84 Absatz 6 und 7 entsprechende Anwendung.

Um über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte einschließlich der Ausgabenentwicklung Kenntnis zu erhalten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich hierüber zu berichten.

Zu Absatz 7 – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss in Satz 10 (Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse)

In der Altenpflege gibt es einen hohen Bedarf an Fachkräften, der derzeit nicht gedeckt werden kann. Es ist absehbar, dass sich diese kritische Situation aufgrund des demografischen Wandels noch weiter verschärfen wird. Eine gute und verlässliche Pflege ist für unsere Gesellschaft von ganz entscheidender Bedeutung. Die professionelle Pflege leistet einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung von Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder Fähigkeiten aufweisen und aus diesem Grund auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind. Betroffen sind hier insbesondere ältere und hochaltrige Menschen, die ein hohes Schutzbedürfnis haben.

Es ist daher unerlässlich und gerechtfertigt, dem derzeitigen außergewöhnlichen Mangel an Fachkräften in der Altenpflege in dieser ganz besonderen Situation auch durch entsprechende zielgerichtete Maßnahmen schnellstmöglich entgegenzuwirken. Dabei sollte nicht unberücksichtigt bleiben, dass professionelle Pflege rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche geleistet wird und dementsprechend auch für viele Pflegekräfte immer wieder und über längere Zeiträume die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht erforderlich ist. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.

Die Regelung in Absatz 7 zielt darauf ab, durch die zielgerichtete, zeitlich auf sechs Jahre angelegte Unterstützung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie von Pflege und Beruf von professionell in der Pflege Tätigen die Attraktivität des Pflegeberufs zu stärken. Sie ermöglicht es den Pflegekräften, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere bei der Betreuung von Kindern oder von pflegebedürftigen Angehörigen, in Ausgleich zu bringen.

In den Jahren 2019 bis 2024 werden aus dem Ausgleichsfonds für Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Antragsberechtigt sind stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Förderfähig sind sowohl individuelle als auch gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Stärkung der Vereinbarkeit von familiären und beruflichen Anforderungen. Beispiele hierfür sind tragereife Kindertagesstätten, die Unterstützung und Anpassung bzw. Erweiterung von Betreuungsangeboten auf Ferienzeiten, auf das Wochenende und auf Feiertage, auf Zeiten des Nachtdienstes oder Randzeiten. Aber auch Initiativen zur Einführung neuer, an den Bedürfnissen von Personen mit Familienpflichten und Pflegeaufgaben orientierten Personalmanagementmodelle oder für professionelle Beratung zur Optimierung der Dienstplangestaltung sollen gefördert werden. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel sind durch Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu regeln. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Fördermittel sollen unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Als Grundlage hierfür stehen die nach Ländern aufgeschlüsselten Daten des Statistischen Bundesamtes (zuletzt: Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, erschienen im Januar 2017) zur Verfügung. Die Landesverbände der Pflegekassen haben die sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen und die Anträge zu bearbeiten (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung). Der jährliche Höchstförderbetrag je Einrichtung beträgt 7 500 Euro. Um eine flexiblere und effektivere Förderung zur ermöglichen,

wird zusätzlich die Möglichkeit zur Kombination von Förderzuschüssen aus zwei Kalenderjahren eröffnet: Eine Pflegeeinrichtung, die den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat, kann im nachfolgenden Kalenderjahr den Förderzuschuss nach den Sätzen 3 und 4 erhöht um die Höhe des nicht verbrauchten Betrages aus dem Vorjahr abrufen, sofern der auf Landesebene im vorangegangenen Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtförderbetrag noch nicht ausgeschöpft ist. Die Gesamtfördersumme von bundesweit 100 Millionen Euro im Jahr steigt dadurch nicht an. Förderfähig sind auf Antrag Maßnahmen, zu denen von den Pflegeeinrichtungen selbst eine Eigenleistung erfolgt. Die Förderung durch die Pflegeversicherung kann bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel betragen. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein, damit das Verfahren möglichst unbürokratisch ablaufen kann. Um den Aufwand gering zu halten, sollen in den Förderanträgen auch zeitlich und sachlich unterschiedliche Maßnahmen zusammengefasst werden können. Die jährliche Fördersumme beträgt bis zu 100 Millionen Euro. Über Absatz 9 ist die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sichergestellt.

Zu Absatz 8 – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss (Einvernehmen mit dem PKV-Verband, Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse)

Um das Entlastungspotential digitaler Anwendungen für die professionelle Pflege zu fördern, kann in den Jahren 2019 bis 2021 jeder ambulanten bzw. stationären Einrichtung ein einmaliger Zuschuss als Anteilsfinanzierung gewährt werden. Der maximale Förderbetrag beträgt 12 000 Euro bzw. 40 Prozent der anerkannten Investition durch die jeweilige Einrichtung. Antragsberechtigt sind stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Förderfähig sind einmalig Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung zum Beispiel zur Erleichterung der Pflegedokumentation oder für die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und stationären Pflegeeinrichtungen (einschließlich Videosprechstunden), für das interne Qualitätsmanagement, für die Erhebung von Qualitätsindikatoren und für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege. Die Investitionen dienen der Entlastung der Pflegekräfte. Es können auch mit Investitionen zusammenhängende Schulungen gefördert werden.

Einzelheiten zu den Voraussetzungen für die Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel werden durch Richtlinien geregelt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 beschließt. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. In diesen Richtlinien sind Verfahren für eine sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen, die den besonderen Anforderungen an die Mittelverwendung im Rahmen der Sozialversicherung Rechnung tragen. In den Richtlinien ist deshalb auch zu regeln, wer für die Bearbeitung der Anträge und die Auszahlung der Fördermittel zuständig ist.

Zu Absatz 9

Die Regelung sieht eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an der Finanzierung der Kosten vor, die sich aus den Absätzen 5, 6, 7 und 8 ergeben. Eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen ist angezeigt, da auch privat Versicherte von den durch diese Regelungen ausgelösten Verbesserungen profitieren werden, d. h. von besseren Informationen über die Pflegequalität bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung (Absatz 5) und auch von verbesserten Arbeitsbedingungen für die professionelle Pflege in personeller wie technischer Hinsicht (Absätze 7 und 8). Hinsichtlich des Betrages, den die privaten Versicherungsunternehmen zur Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 beisteuern, siehe die Begründung zu Absatz 6.

Durch die Verpflichtungen zur Kostentragung und zur Finanzierungsbeitragung, die den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch dieses Gesetz neu entstehen, ändern sich die Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation in der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend. Bei den Bestandsverträgen sind diese Verpflichtungen in den Rechnungsgrundlagen bislang nicht berücksichtigt. Die privaten Versicherungsunternehmen können die Prämien an die insoweit geänderten Rechnungsgrundlagen anpassen. Die Anpassung bedarf wie jede andere Anpassung der Zustimmung des Treuhänders nach § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Für das Wirksamwerden der Neufestsetzung der Prämie und das Sonderkündigungsrecht gelten die bei anderen Beitragsanpassungen anzuwendenden Regelungen entsprechend.

Zu Absatz 10

Die Einzelheiten der Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Fördermaßnahmen nach § 8 Absatz 6 bis 8 werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und dem Bundesversicherungsamt vereinbart. Die Vergabe der Fördermittel durch die Landesverbände der Pflegekassen gemäß Absatz 7 ist Gegenstand der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen. Auch die Festlegung der inhaltlichen Fördervoraussetzungen nach Absatz 7 bleibt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorbehalten.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 6

In der gesetzlichen Anspruchsgrundlage für die vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Finanzierung der zusätzlichen Stellen in § 8 Absatz 6, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt,

wird zur Klarstellung aufgenommen, dass die zusätzlichen Stellenäquivalente nach Einrichtungsgröße von den Pflegeeinrichtungen sowohl durch Neueinstellungen als auch durch zeitliche Erweiterung bislang in Teilzeit besetzter Stellen umgesetzt werden kann.

Die Vorschrift wird stärker darauf konzentriert, dass es sich um Pflegefachkräfte handeln muss, die mit dem Vergütungszuschlag finanziert werden. Daher wird die gesetzlich vorgesehene Frist bis zur ausnahmsweise vorgesehenen Möglichkeit, auch Pflegehilfskräfte damit zu finanzieren, auf vier Monate verlängert. Zudem wird sie mit der zwingenden Voraussetzung verknüpft, dass die Pflegehilfskräfte damit verbunden eine Ausbildung zur Pflegefachkraft aufnehmen bzw. bereits aufgenommen haben. In diesem Fall kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Auszubildendenvergütung über den Vergütungszuschlag finanziert werden. Die Finanzierung der Auszubildendenvergütung über den Ausbildungsfonds nach dem Pflegeberufgesetz bleibt unberührt. Dies unterstützt das Ziel, mehr Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege zu gewinnen. Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung zur Pflegefachkraft kann dieses Pflegepersonal über den regelmäßigen Vergütungszuschlag für Pflegefachkräfte nach Absatz 6 Satz 3 nahtlos weiterfinanziert werden.

Zudem wird für das Verfahren die Präzisierung aufgenommen, dass die Landesverbände der Pflegekassen bis zum Vorliegen der Bestimmung des Spitzenverband Bund der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicherzustellen haben. Hierbei genügt für die Pflegeeinrichtungen die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse. Zu Absatz 7

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) Einvernehmen über die Förder-Richtlinien herzustellen. Dies ist sachgerecht, da die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet werden, sich an den Kosten für die Förderung zu beteiligen. Die Einzelheiten zu Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und Durchführung der Förderung, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt, sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. festzulegen. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Hierzu wird die entsprechende Anwendung von § 17 Absatz 2 angeordnet. Das Bundesministerium für Gesundheit kann vor seiner Entscheidung zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern sowie die Genehmigung mit Auflagen verbinden.

Zudem wird klargestellt, dass die Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse erfolgt.

Zu Absatz 8

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) Einvernehmen über die Richtlinien zur Zuschussvergabe herzustellen. Dies ist sachgerecht, da die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet werden, sich an den Kosten für die Förderung zu beteiligen. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen des Zuschusses sowie zu dem Verfahren zur Gewährung des Zuschusses, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt, werden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 in Richtlinien festgelegt. Dabei sind Verfahren für eine sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen, die den besonderen Anforderungen an die Mittelverwendung im Rahmen der Sozialversicherung Rechnung tragen. Deshalb ist auch zu regeln, wer für die Bearbeitung der Anträge und die Auszahlung des Zuschusses zuständig ist. Zudem wird klargestellt, dass die Auszahlung des Zuschusses durch eine Pflegekasse erfolgt. Die durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. festgelegten Inhalte bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Hierzu findet § 17 Absatz 2 entsprechende Anwendung. Das Bundesministerium für Gesundheit kann vor seiner Entscheidung zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern sowie die Genehmigung mit Auflagen verbinden.