Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften

(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

A. Problem und Ziel

Die gesetzliche Pflegeversicherung hat seit ihrer Einführung zum 1. Januar 1995 maßgeblich zu einer Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und zur Unterstützung pflegender Angehöriger beigetragen. Der seither geltende Begriff der Pflegebedürftigkeit und das damit verbundene Begutachtungsinstrument begründen den Leistungszugang im Rahmen der Pflegeversicherung und sind zugleich pflegefachliche Grundlage für die Leistungsinhalte und Leistungserbringung.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff steht seit seiner Einführung in der Kritik, weil er nicht ausreichend pflegefachlich fundiert, defizitorientiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet sei, die bei Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen häufiger vorkämen und bei diesen oft ausgeprägter seien als bei Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen.

Dem entsprechend würden kognitive und psychische Beeinträchtigungen (z. B. kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder bestimmte Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) bisher in der Begutachtung nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt. Dies führe dazu, dass Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen seltener höhere Pflegestufen erreichen als Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen und damit bislang im Vergleich niedrigere Sach- und Geldleistungen erhalten.

Zugleich sei auch das Leistungsrecht der Pflegeversicherung trotz der mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungs-Gesetz vom 14. Dezember 2001 erstmals eingeführten und in der Folge schrittweise und deutlich ausgebauten spezifischen Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach wie vor stärker auf Hilfen bei körperlichen Verrichtungen fokussiert.

Der bisher geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff und das bisherige Begutachtungsinstrument würden auch weitere pflegefachlich relevante Aspekte von Pflegebedürftigkeit nicht hinreichend erfassen: So würden die spezifischen Bedarfslagen von Kindern mit dem gegenwärtigen Begutachtungsinstrument ebenso wenig angemessen erfasst wie der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen oder die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Zudem sei das bisherige Leistungsrecht stärker kompensatorisch – also auf Defizite – statt auf die Stärkung individueller Ressourcen von Pflegebedürftigen, z. B. durch Beratung, Schulung und Anleitung, ausgerichtet.

Vor diesem Hintergrund wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit im Oktober 2006 der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einberufen. Dieser hat im Frühjahr 2009 einen ersten Vorschlag für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein damit verbundenes Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Neues Begutachtungsassessment – NBA) vorgelegt. Zur Klärung der noch offenen fachlichen, administrativen und rechtstechnischen Fragen hat das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2012 einen Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingerichtet, der im Jahr 2013 seinen Abschlussbericht vorgelegt hat. Der Expertenbeirat hat die grundsätzliche Einführungsreife des neuen Begutach-

tungsverfahrens bestätigt und umfassende Hinweise für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gegeben.

Die Bundesregierung und die sie tragenden Koalitionsparteien haben sich – auch auf der Grundlage dieser wesentlichen Vorarbeiten – zum Ziel gesetzt, in der 18. Wahlperiode deutliche Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung umzusetzen und einen Paradigmenwechsel einzuleiten:

Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz sind bereits seit dem 1. Januar 2015 die Leistungen für Pflegebedürftige – auch für demenziell erkrankte Pflegebedürftige und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe – und ihre Angehörigen deutlich flexibilisiert und ausgeweitet worden. Die Finanzmittel für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung im ambulanten Bereich sowie in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen wurden erhöht. Zudem wurde ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet, um mit Blick auf die demografische Entwicklung künftige Beitragssatzsteigerungen abzumildern.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz sollen die Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsassessment (NBA) auf eine neue pflegefachliche Grundlage gestellt werden. Erstmals sollen damit alle für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien in einer für alle Pflegebedürftigen einheitlichen Systematik erfasst werden.

Im Ersten Pflegestärkungsgesetz sind dazu bereits wichtige Vorarbeiten erfolgt, z. B. durch die Ausweitung des Zugangs zu Pflege-, Betreuungs- und Entlastungsleistungen auf alle Pflegebedürftigen und auf Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (auch ohne Vorliegen einer somatisch bedingten Pflegebedürftigkeit).

Auch in Fragen der Qualitätsmessung und -entwicklung oder zur effizienten Ausgestaltung der Pflegedokumentation soll der Perspektivwechsel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Wirkung entfalten. Gegenwärtige Formen der Dokumentation und die Verfahren der Qualitätsprüfung werden in der fachlichen Diskussion vielfach kritisiert, weil sie – ähnlich wie das heutige Begutachtungsverfahren – zu sehr auf den Nachweis einzelner Verrichtungen abzielten und zu wenig personenbezogen und auf die Ergebnisse pflegerischen Handelns eingingen. Auch wird die bisher geltende Form der Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen als wenig aussagekräftig angesehen.

Im Zweiten Pflegestärkungsgesetz sind daher auch Neuregelungen im Bereich der Qualität vorgesehen: Dabei soll die Entwicklung eines neuen wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Qualitätsmessung und -darstellung unter Berücksichtigung der Ergebnisqualität mit einer Neustrukturierung der Entscheidungsstrukturen einhergehen.

B. Lösung

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA wird die umfassendste Modernisierung im Pflegeversicherungsrecht seit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung vor 20 Jahren vorgenommen. Die Pflegeversicherung wird auf eine grundlegend neue, den pflegewissenschaftlichen Anforderungen entsprechende fachliche Grundlage gestellt. Die leistungs-, vertrags- und vergütungsrechtlichen Vorschriften der Pflegeversicherung werden unter Berücksichtigung der vorliegenden Berichte der beiden Expertenbeiräte und der Erprobungsstudien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur Praktikabilität und Evaluation des NBA angepasst.

Im Zentrum soll durch eine Einstufung in fünf Pflegegrade auf Basis des NBA die umfassende Erfassung aller relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit stehen, unabhängig davon, ob diese auf körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen beruhen. Die Einstufung erfolgt nicht mehr – wie bisher – in drei Pflegestufen mit gesonderter Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, sondern sie wird durch das NBA für alle Antragstellenden Personen einheitlich (und gleichzeitig wesentlich differenzierter) in fünf Pflegegrade vorgenommen. Maßgeblich für die Einstufung ist zukünftig somit der Grad der Selbständigkeit einer Person in allen pflegerelevanten

Bereichen. Damit erhöht sich für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Leistungstransparenz erheblich.

Die durch die Pflegeversicherung gewährten Leistungen beruhen zukünftig allein auf dem festgestellten Pflegegrad. Dadurch werden alle Pflegebedürftigen innerhalb des jeweiligen Pflegegrades Zugang zu den gleichen Leistungen haben.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird einen Perspektivwechsel in der pflegerischen Versorgung erfordern. Hierzu und zur Stärkung individueller Ressourcen von Pflegebedürftigen wird im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes auch das Leistungsgeschehen der Pflegeversicherung weiterentwickelt. Die besonderen Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sollen dabei unter Beibehaltung des Leistungsniveaus in das Regelleistungsrecht übernommen werden. Dies erfordert entsprechende Anpassungen im Vertrags- und Vergütungsrecht durch die Akteure der Selbstverwaltung, einschließlich der privaten Versicherungsunternehmen, die die freiwillige, insbesondere auch staatlich geförderte Pflegevorsorge anbieten.

Für die voraussichtlich rund 2,8 Millionen Pflegebedürftigen, die zum Stichtag der Umstellung Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, wird mit einer Überleitungsregelung sichergestellt, dass diese Leistungsbezieher ohne erneute Begutachtung reibungslos in das neue System übergeleitet werden. Außerdem wird damit der Verwaltungsaufwand bei den Pflegekassen, Versicherungsunternehmen und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung begrenzt. Dazu trägt bei, dass zunächst vorrangig Antragsteller, die nach dem Stichtag erstmals Leistungen beantragen, nach dem NBA begutachtet werden sollen. Auch für die Vergütungsvereinbarungen der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen mit den Kostenträgern sind Auffangregelungen zur Überleitung vorgesehen, sofern bis zum Umstellungszeitpunkt im Einzelfall keine neue Vereinbarung verhandelt werden konnte.

Zudem werden die Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege ergänzt und neu strukturiert. Damit werden die Bereiche Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung weiterentwickelt und durch eine Neustrukturierung der Pflege-Selbstverwaltung auf Bundesebene die Entscheidungsfindung zur konkretisierenden Regelung dieser Bereiche beschleunigt. Der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 eingeleitete Prozess der Nachhaltigkeit in der Qualitätsentwicklung wird durch die Schaffung neuer Instrumente und Verfahren fortgesetzt. Die Neuregelungen zur Qualität und Qualitätssicherung entsprechen auch dem Koalitionswillen, Qualitätssicherungsverfahren auf Grundlage wissenschaftlicher Standards zu schaffen, die Transparenz von Pflegequalität weiterzuentwickeln sowie die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner zu straffen. Die wesentliche Neuregelung ist die Umgestaltung der bisherigen Schiedsstelle zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss, der von einer auch wissenschaftlich qualifizierten Geschäftsstelle unterstützt wird. Dies dient insbesondere zur fachlichen Verstetigung der Themen Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung. In den neu geschaffenen Strukturen werden alle Akteure eingebunden, und der Pflegebereich als Branche wird – auch in der öffentlichen Wahrnehmung – aufgewertet.

In Verbindung mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung um 0,2 Beitragssatzpunkte erhöht.

C. Alternativen

Keine.

Bei einem Verzicht auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs können die vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in 2009 identifizierten und vom Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in 2013 bekräftigten Probleme und die fachliche Kritik am bestehenden Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht gelöst werden. Es bliebe bei der verrichtungsbezogenen und defizitori-

entierten Ausrichtung des bisherigen Begutachtungsinstruments und der fachlich nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung zwischen Pflegebedürftigen mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen und solchen mit vorrangig psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen bzw. mit sogenannter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen in 2017 Mehrausgaben von rund 110 Millionen Euro und in den Folgejahren von rund 70 Millionen Euro. Hinzu kommen einmalig 130 Millionen Euro Überleitungs- und Bestandsschutzkosten über einen Zeitraum von vier Jahren.

Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab 2017 mit rund 84 Millionen Euro jährlich belastet. Zusätzlich entstehen dem Bund für die Übernahme der Beiträge für Bezieher von Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 70 Millionen Euro jährlich.

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte beim Arbeitnehmer führt durch ihre steuerliche Wirkung und infolge des dadurch höheren Sonderausgabenabzugs zu Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer (einschließlich Solidaritätszuschlag) von 304 Millionen Euro. Davon entfallen 140 Millionen Euro auf den Bund, 121 Millionen Euro auf die Länder und 43 Millionen Euro auf die Gemeinden.

Durch die Anhebung der Leistungsbeträge und die Erweiterung des nach § 43a des Elften Buches anspruchsberechtigten Personenkreises ergeben sich für die Träger der Sozialhilfe Entlastungen von rund 330 Millionen Euro jährlich gegenüber dem geltenden Recht; davon entfallen rund 250 Millionen Euro auf die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Diese Einsparungen kommen den Ländern und Kommunen zugute. Für die Träger der Kriegsopferfürsorge (Anteil: Bund 80 Prozent, Länder 20 Prozent) ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge geringe, nicht bezifferbare Minderausgaben gegenüber dem geltenden Recht. Dem stehen im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) für Leistungsempfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII Kosten aus der Beitragssatzanhebung in Höhe von etwa zwei Millionen Euro gegenüber. Für Leistungsberechtigte in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII entstehen dem Bund infolge der vollständigen Erstattung der Nettoausgaben durch die Beitragssatzanhebung Mehrausgaben in Höhe von etwa 13 Millionen Euro.

2. Soziale Pflegeversicherung

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Beitragssatzpunkte zum 1. Januar 2017 führt in 2017 zu Mehreinnahmen von rund 2,5 Milliarden Euro. Bis 2020 steigen die Mehreinnahmen voraussichtlich auf rund 2,7 Milliarden Euro. Langfristig steigt der Betrag entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Dem stehen Mehrausgaben in Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschließlich der Setzung der Leistungsbeträge von 3,7 Milliarden Euro im Jahr 2017 und 2,4 bis 2,5 Milliarden Euro in den Folgejahren gegenüber. Hinzu kommen einmalige Überleitungskosten von insgesamt 3,6 Milliarden Euro sowie einmalige Bestandsschutzkosten von 0,8 Milliarden Euro in einem Zeitraum von vier Jahren.

Die zeitliche Reichweite des Beitragssatzes von 2,55 Prozent geht bis ins Jahr 2022 hinein. Sie liegt damit über der Reichweite, die sich mit dem bis 2014 geltenden Beitragssatz ohne die Maßnahmen der beiden Pflegestärkungsgesetze ergeben hätte (Ende 2020).

3. Krankenversicherung

Für die Gesetzliche Krankenversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund acht Millionen Euro für Beiträge aus Krankengeld.

4. Rentenversicherung

In der Gesetzlichen Rentenversicherung kommt es aufgrund der Änderung der Berechnungsgrundlage für die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen zu Mehreinnahmen im Umfang von 390 Millionen Euro. Dem stehen langfristig entsprechend höhere Rentenausgaben gegenüber. Für die Gesetzliche Rentenversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund zwei Millionen Euro für Beiträge aus Übergangsgeld.

5. Arbeitslosenversicherung

Für die Bundesagentur für Arbeit entstehen durch die Beitragsatzerhöhung Mehrausgaben von rund 40 Millionen Euro jährlich. Dem stehen nicht quantifizierbare Mehreinnahmen durch einen Aufwuchs sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in Folge der Mehrausgaben für Sachleistungen gegenüber. Als Arbeitgeber entstehen der Bundesagentur für Arbeit durch die Erhöhung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung Mehrkosten bei den Personalausgaben (Personal nach dem Zweiten und Dritten Buch Sozialgesetzbuch) in Höhe von rund drei Millionen Euro.

6. Unfallversicherung

Für die Gesetzliche Unfallversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 1,5 Millionen Euro für Beiträge aus Übergangs- und Verletztengeld.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht im Saldo ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 18 400 Stunden und ein Sachaufwand in Höhe von rund 950 000 Euro.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 2,3 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 1,05 Millionen Euro, davon rund 390 000 Euro Bürokratiekosten aus drei Informationspflichten (IP). Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 300 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 8 000 Euro, zudem entsteht eine einmalige Entlastung über zwei Jahre in Höhe von rund drei Millionen Euro. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 750 000 Euro jährlich.

Insgesamt entsteht für die Wirtschaft im Saldo eine jährliche Belastung in Höhe von rund 300 000 Euro. Die Bundesregierung wird die Erfüllung der als 'one in, one out'-Regel beschlossenen Vorgaben außerhalb dieses Vorhabens realisieren.

Hinsichtlich einmaligen Erfüllungsaufwandes kommt es im Saldo zu einer Entlastung in Höhe von rund 400 000 Euro.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund vier Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von

rund 13,6 Millionen Euro. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 6 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 11 000 Euro, wobei zudem eine einmalige Entlastung über zwei Jahre in Höhe von rund 17,5 Millionen Euro entsteht. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 26 000 Euro jährlich.

Im Saldo entsteht für die Verwaltung eine jährliche Belastung in Höhe von rund 13,6 Millionen Euro.

Hinsichtlich einmaligen Erfüllungsaufwandes kommt es im Saldo zu einer Entlastung von rund 13,5 Millionen Euro.

F. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen Änderungen entsprechend dem Verhältnis der Zahl der Pflegebedürftigen zur sozialen Pflegeversicherung unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen Finanzwirkungen, die rund drei Prozent der Finanzwirkung für die soziale Pflegeversicherung ausmachen. Dies sind in 2017 rund 110 Millionen Euro und in den Folgejahren rund 70 Millionen Euro. Hinzu kommen einmalig 130 Millionen Euro Überleitungs- und Bestandsschutzkosten über einen Zeitraum von vier Jahren.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aufgrund der Anhebung des Beitragssatzes beträgt in 2017 etwa 700 Millionen Euro und verändert sich anschließend entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind wegen des geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht zu erwarten.

Die Überführung der Regelung für die zusätzlichen Betreuungsangebote in stationären Pflegeeinrichtungen in einen individuellen Leistungsanspruch sowie die Stärkung der Nachfrage nach Pflegeleistungen durch Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises und Anpassung der Leistungsbeträge haben direkte und indirekte Beschäftigungseffekte. Hierdurch ergeben sich Mehreinnahmen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen in diesem Bereich.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften

(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

   a) In der Angabe zu § 7 wird das Wort „Beratung“ durch das Wort „Auskunft“ ersetzt.

   b) Nach der Angabe zu § 7b werden die folgenden Angaben eingefügt:

   „§ 7c Pflegestützpunkte“.

   c) Nach der Angabe zu § 8 werden die folgenden Angaben eingefügt:

   „§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“.

   d) Die Angabe zu § 15 wird wie folgt gefasst:

   „§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument“.

   e) Die Angabe zu § 16 wird wie folgt gefasst:

   „§ 16 (weggefallen).“

   f) Nach der Angabe zu § 18b wird die Angabe „§ 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ eingefügt.

   g) Nach der Angabe zu § 28 wird die Angabe „§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1“ eingefügt.

   h) Nach § 43a wird folgender Fünfter Titel eingefügt:

   „Fünfter Titel: Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen

   § 43b Inhalt der Leistung“.

   i) Die Angabe zum Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

   „Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe“.

   j) Die Angabe zu § 45a wird wie folgt gefasst:

   „§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung“.

   k) Die Angabe zu § 45b wird wie folgt gefasst:

   „§ 45b Entlastungsbetrag“.

   l) Die Angabe zu § 45c wird wie folgt gefasst:

„§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung“.

m) Die Angabe zu § 45d wird wie folgt gefasst:

„§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung“.

n) Nach der Angabe zu § 53b wird die Angabe „§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte“ eingefügt.

o) Die Angabe „§ 87b Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen“ wird gestrichen.

p) Die Überschrift zum Vierten Abschnitt des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Vierter Abschnitt Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich“.

q) Die Angabe „§ 92 Landespflegeausschüsse“ wird gestrichen.

r) Die Angabe „§ 92c Pflegestützpunkte“ wird gestrichen.

s) Die Überschrift zum Fünften Abschnitt des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt Integrierte Versorgung“.

t) Die Angabe zu § 113b wird wie folgt gefasst:

„§ 113b Qualitätsausschuss“.

u) In der Angabe zu § 115 werden nach den Wörtern „Ergebnisse von Qualitätsprüfungen“ ein Komma und das Wort „Qualitätsdarstellung“ angefügt.

v) Die Angabe zu § 122 wird wie folgt gefasst:

„§ 122 Übergangsregelung, Verordnungsermächtigung“.

w) Die Angabe zu § 123 wird wie folgt gefasst:

„§ 123 (weggefallen)“.

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

„§ 124 (weggefallen)“.

2. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird aufgehoben.

b) Der bisherige Absatz 4a wird Absatz 5.

3. In § 2 Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigen“ die Wörter „, auch in Form der aktivierenden Pflege,“ eingefügt.

4. In § 4 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung“ durch die Wörter „körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt.

5. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Beratung“ durch das Wort „Auskunft“ ersetzt.

b) In Absatz 1 wird das Wort „Beratung“ durch das Wort „Auskunft“ ersetzt.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Weise“ die Wörter „zu unterrichten, zu beraten“ durch die Wörter „zu informieren“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „Beratung“ durch die Wörter „Aufklärung und Auskunft“ ersetzt.

cc) Nach Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die zuständige Pflegekasse informiert die Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere

über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetpräsenz; Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend.“

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse dem Antragsteller auf Anforderung eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 71 sowie der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a dieses Buches, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, unverzüglich und in geeigneter Form zu übermitteln (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, schreiben diese zeitnah fort und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetpräsenz. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang einschließlich Kosten in einer Form zu enthalten, die einen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetpräsenz nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen.“

e) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam mit den nach Landesrecht für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Vorschriften dieses Buches zuständigen Stellen das Nähere zur Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung. Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereit stellen.“

6. § 7a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „ab dem 1. Januar 2009“ gestrichen und wird vor dem Punkt folgender Halbsatz eingefügt:

„; dem Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekasse vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für das von diesen anzuwendende Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich.“

cc) Im bisherigen Satz 2 Nummer 1 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und der Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3“ eingefügt.

dd) Im bisherigen Satz 3 werden nach dem Wort „Versorgungsplan“ die Wörter „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“ eingefügt.

ee) Der bisherige Satz 9 wird gestrichen.

ff) Im bisherigen Satz 10 wird die Angabe „§ 92c“ durch die Angabe „§ 7c“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Auf Wunsch eines Anspruchsberechtigten nach Absatz 1 Satz 1 kann die Pflegeberatung auch gegenüber seinen Angehörigen, Lebenspartnern oder weiteren Personen oder in deren Anwesenheit erfolgen. Sie kann auch in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, in Anspruch genommen werden.“

bb) In Satz 2 wird vor den Wörtern „Pflegeberater“ und „Pflegeberaterin“ jeweils das Wort „zuständigen“ eingefügt.

c) Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„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.“

d) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „bis zum 31. Oktober 2008“ gestrichen.

e) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(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 örtlichen 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 für die Beratung von Hilfebedürftigen maßgeblichen Verbände auf Landesebene nach § 11 Absatz 5 des Zwölften Buches anzuhören.“

f) Nach Absatz 7 werden folgender Absatz 8 und 9 angefügt:

„(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 ist zu gewährleisten.

(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über

1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach Absatz 1 bis 5, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und

2. die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8

vor. Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.“

7. § 7b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Buch“ die Wörter „sowie weiterer Anträge nach den §§ 18 Absatz 3, 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87a Absatz 2 Satz 1 und 115 Absatz 4“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „den §§ 7 und 7a“ durch die Angabe „§ 7a“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „den §§ 7 und 7a“ durch die Angabe „§ 7a“ ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§§ 7 und 7a“ durch die Angabe „§ 7a“ ersetzt.

8. Nach § 7b wird ein neuer Paragraf „§ 7c Pflegestützpunkte“ eingefügt.

9. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 12 werden die Wörter „§ 45c Absatz 4 Satz 6“ durch die Wörter „§ 45c Absatz 5 Satz 6“ ersetzt.

b) Nach Absatz 3 wird ein neuer Absatz eingefügt:

„(4) Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 sicherzustellen.“

10. Nach § 8 wird ein neuer Paragraf „§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“ eingefügt.

11. In § 12 wird die Angabe „§ 92c“ durch die Angabe „§ 7c“ ersetzt.

12. In § 13 Absatz 5 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; dies gilt nicht für das Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3.“ ersetzt.

13. § 14 wird wie folgt gefasst:

„§ 14

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen nach näherer Bestimmung des Absatzes 2 aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver oder psychischer Funktionen sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder die Fähigkeitsstörungen und der Hilfebedarf durch andere müssen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und zumindest in der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den nachfolgenden sechs Bereichen, die sich auf die in den Bereichen angegebenen Aktivitäten und Fähigkeiten beziehen:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, stabile Sitzposition halten, Aufstehen aus sitzender Position und Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches und Treppensteigen.
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Personen aus dem näheren Umfeld erkennen, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Gedächtnis, mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen oder steuern, Entscheidungen im Alltagsleben treffen, Sachverhalte und Informationen verstehen, Risiken und Gefahren erkennen, elementare Bedürfnisse mitteilen, Aufforderungen verstehen, sich an einem Gespräch beteiligen.
3. Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen: Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigung von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Ängste, Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige inadäquate Handlungen.
4. Selbstversorgung: Körperpflege (vorderen Oberkörper waschen, rasieren, kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Intimbereich waschen, duschen oder baden - einschließlich Haare waschen), An- und Auskleiden (Oberkörper an- und auskleiden, Unterkörper an- und auskleiden), Ernährung (Essen mundgerecht zubereiten/Getränke eingießen, Essen, Trinken), Ausscheiden (Toilette oder Toilettenstuhl benutzen, Folgen einer Harninkontinenz bewältigen sowie Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen sowie Umgang mit Stoma), Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen (nur bei Kindern von 0-18 Monaten).
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf: Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen oder Sauerstoffgabe, Einreibungen, Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel, Verbandswechsel und Wundversorgung, Wundversorgung bei Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung, zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnter Besuch medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen und Besuch von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern).
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen, Ruhen und Schlafen, sich beschäftigen, in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt und Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Aktivitäten und Fähigkeiten der in Absatz 2 genannten Bereiche mit erfasst.“

14. § 15 wird wie folgt gefasst:

„§ 15

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Die

nähere Bestimmung des Begutachtungsinstruments und der Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit erfolgt in den folgenden Absätzen auf der Grundlage des Begriffs der Pflegebedürftigkeit in § 14.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module zu gliedern, die den Bereichen nach § 14 Absatz 2 entsprechen. Jedes Modul ist so auszugestalten, dass auf pflegefachlicher Grundlage Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen bei den in § 14 Absatz 2 genannten Aktivitäten und Fähigkeiten entsprechend ihrer Ausprägung, Häufigkeit oder Dauer erhoben werden können:

1. Der Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Störungen bei den Aktivitäten und Fähigkeiten ist
   a) in den Modulen 1, 2, 4 und 6 in den vier Kategorien selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig und unselbständig,
   b) im Modul 3 nach der jeweiligen Häufigkeit des Auftretens in den vier Kategorien nie, maximal einmal wöchentlich, mehrmals wöchentlich und täglich und
   c) im Modul 5 nach einer Kombination der Kategorien Vorkommen, Häufigkeit des Auftretens oder Selbständigkeit bei der Durchführung

   zu erfassen.
2. In jedem Modul sind den Kategorien oder Kombinationen von Kategorien entsprechend ihrem Schweregrad pflegefachlich begründete Punktwerte zuzuordnen (Einzelpunktwerte). Innerhalb jedes Moduls sind für die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten auf Modulebene fünf Punktbereiche vorzusehen. Die Punktbereiche sind nach dem Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen wie folgt zu gliedern:
   a) Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen
   b) Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen
   c) Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen
   d) Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen und
   e) Punktbereich 4: umfassende Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen.
3. Jedem Punktbereich innerhalb eines Moduls ist unter Berücksichtigung der Schwere der Beeinträchtigungen und der nachstehenden Gewichtungen der Module ein gewichteter Punktwert zuzuordnen. Die Module des Begutachtungsinstruments sind wie folgt zu gewichten:
   a) Mobilität: 10 Prozent
   b) Kognitive Fähigkeiten und
   c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: 15 Prozent
   d) Selbstversorgung: 40 Prozent
   e) Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: 20 Prozent
   f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: 15 Prozent.

Bei der Begutachtung sind die erreichten Einzelpunktwerte auf Modulebene zu addieren. Entsprechend dem hierbei erreichten Punktbereich sind die Einzelpunktwerte in die entsprechenden gewichteten Punktwerte umzurechnen. Aus den gewichteten

Punktwerten ist für jedes einzelne Modul eine Teilsumme zu bilden. Für die Module 2 und 3 ist eine gemeinsame Teilsumme zu bilden, die aus dem höchsten Wert der Teilsumme aus entweder dem Modul 2 oder Modul 3 besteht. Aus den summierten Teilsummen aus allen sechs Modulen ist der Gesamtpunktwert zu bilden, der auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten liegt. Das Bundesministerium für Gesundheit legt die Punktbereiche und gewichteten Punktwerte im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung fest, erstmals zum 1. Januar 2017.

(3) Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich anhand des mit dem Begutachtungsinstrument nach Absatz 2 ermittelten Gesamtpunktwerts:

1. Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)
2. Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte)
3. Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte)
4. Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (70 bis unter 90 Punkte)
5. Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können unabhängig vom Erreichen des Schwellenwerts von 90 Punkten aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(4) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeitsstörungen mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten Absätze 1 bis 3 entsprechend.

(5) Pflegebedürftige Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3 und 4 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. Ab 12,5 bis unter 27 Punkten in den Pflegegrad 2.
2. Ab 27 bis unter 47,5 Punkten in den Pflegegrad 3.
3. Ab 47,5 bis unter 70 Punkten in den Pflegegrad 4.
4. Ab 70 bis unter 90 Punkten in den Pflegegrad 5.
5. Ab 90 bis 100 Punkten in den Pflegegrad 5.“

15. § 16 wird aufgehoben.
16. § 17 wird wie folgt geändert:
    a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

    „(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, bis zum XX [Datum einzusetzen abhängig vom Inkrafttretensdatum der Vorziehregelung nach § 17a im Präventionsgesetz] unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 Absatz 2 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, insbesondere zu den in den Modulen enthaltenen Akti-

vitäten und Fähigkeiten, zur Einschätzung ihrer Ausprägung in den in § 15 Absatz 2 Satz 3 genannten Kategorien und zur Höhe der Einzelpunktwerte innerhalb der Module sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. 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 Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Verbände 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 und 3 gilt entsprechend.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a, die für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, in den Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Nummer 2 sowie in den Pflegestützpunkten nach § 7c unmittelbar verbindlich sind (Pflegeberatungs-Richtlinie). An den Richtlinien nach Satz 1 sind der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängigen Sachverständigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

c) In Absatz 2 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „und 1a“ eingefügt.

d) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Richtlinien zum Begutachtungsinstrument und Begutachtungsverfahren selbst erlassen, wenn die nach Absatz 1 Satz 1 gesetzte Frist überschritten ist. Es kann sich bei der Erarbeitung der Richtlinien zum Begutachtungsinstrument und Begutachtungsverfahren von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Die vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Richtlinien zum Begutachtungsverfahren sind im Bundesanzeiger und die tragenden Gründe im Internet bekanntzumachen.“

17. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „welche Stufe“ durch die Wörter „welcher Grad“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers den Pflegegrad und die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.“

b) In Absatz 3 werden Satz 8 und 9 wie folgt gefasst:

„Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die Bedeutung des Gutachtens zum Beispiel für eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a dieses Buches und das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches sowie für die individuelle Pflege- und Hilfeplanung hinzuweisen. Ihm wird mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht.“

c) In Absatz 3b Satz 2 wird das Wort „stationärer“ durch das Wort „vollstationärer“ und werden die Wörter „als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I)“ durch die Wörter „eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (Pflegegrad 2)“ ersetzt.

d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Im Rahmen der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen, um mit diesen Informationen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a dieses Buches und das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches sowie eine individuelle Pflege- und Hilfeplanung und eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung zu ermöglichen. Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Aktivitäten und Fähigkeiten abzustellen:

1. Außerhäusliche Aktivitäten: das Verlassen und das Fortbewegen außerhalb der Wohnung, die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, das Mitfahren in einem PKW, die Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, der Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz oder einer Werkstatt für behinderte Menschen, der Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes sowie die Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen.
2. Im Bereich der Haushaltsführung: das Einkaufen für den täglichen Bedarf, die Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache und aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, die Nutzung von Dienstleistungen, der Umgang mit finanziellen und Behördenangelegenheiten.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in diesem Absatz beschriebenen Aktivitäten und Fähigkeiten pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 1 zu konkretisieren.“

e) In Absatz 6 Satz 3 werden nach dem Wort „Gutachter“ die Wörter „auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zu treffen und“ eingefügt.

f) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse in ihrer Stellungnahme zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung mitzuteilen. Die Empfehlungen gelten jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Hinsichtlich der empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel wird das Vorliegen der medizinischen Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches oder der Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Dem Antragsteller wird von der Pflegekasse unverzüglich, jedoch spätestens mit der Übersendung des Bescheides über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, jeweils auch die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel übermittelt.“

18. In § 18a Absatz 2 werden die Angabe „2015“ durch die Angabe „2018“ ersetzt und nach dem Wort „über“ die Wörter „die Anwendung eines bundeseinheitlich strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und“ eingefügt.

19. Nach § 18b wird folgender § 18c eingefügt:

„§ 18c

Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet ein Begleitgremium ein, das die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a mit pflegefachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz unterstützt. Aufgabe des Begleitgremiums ist, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung der Umstellung zu unterstützen. Dem Begleitgremium wird zum 1. Januar 2017 zusätzlich die Aufgabe übertragen, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung von fachlichen Fragen zu beraten, die im Zuge der Umsetzung nach der Umstellung auftreten.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit erteilt einen Auftrag zur begleitenden wissenschaftlichen Evaluation insbesondere zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und der Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 1. Januar 2020 zu veröffentlichen. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind auf Verlangen Zwischenberichte vorzulegen.“

20. In § 19 Satz 2 werden die Wörter „wenigstens 14 Stunden wöchentlich“ durch die Wörter „regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche“ ersetzt.

21. In § 23 Absatz 6 Nummer 1 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt.

22. § 28 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

        aa) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

            „9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),“

        bb) Nach Nummer 12 wird folgende Nummer 12a eingefügt:

            „12a. Umwandlungsanspruch (§ 45a),“.

        cc) Nummer 13 wird wie folgt gefasst:

            „13. Entlastungsbetrag (§ 45b),“.

    b) Absatz 1b Satz 2 wird aufgehoben.

    c) Absatz 4 wird aufgehoben.

23. Nach § 28 wird folgender § 28a eingefügt:

„§ 28a

Leistungen bei Pflegegrad 1

(1) Abweichend von § 28 Absatz 1 und 1a gewährt die Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 folgende Leistungen:

1. Pflegeberatung gemäß der §§ 7a und 7b,
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a,
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und Absatz 5,
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes gemäß § 40 Absatz 4,
6. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
7. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45.

(2) Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser kann gemäß § 45b im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, für Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 eingesetzt werden.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung gemäß § 43 Absatz 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro.“

24. In § 30 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.

25. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert

aa) In Satz 4 werden die Wörter „einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie“ durch die Wörter „einem Pflegegrad und“ ersetzt.

bb) In Satz 6 werden die Wörter „einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie“ durch die Wörter „einem Pflegegrad und“ ersetzt.

cc) In Satz 8 werden die Wörter „welcher Pflegestufe“ durch die Wörter „welchem Pflegegrad“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war.“

26. § 34 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht“ durch die Wörter „Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Wörter „Leistungen im Sinne des Satzes 1“ ersetzt.

27. § 36 wird wie folgt gefasst:

„§ 36

Pflegesachleistung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 ge-

nannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

(2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen oder Fähigkeitsstörungen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Ausgeschlossen sind Hilfen in den Bereichen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf, Krankenbehandlung und Rehabilitation. Zudem dürfen pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 298 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 612 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 995 Euro.

(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 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.“

28. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „Pflegestufe I und II“ durch die Wörter „Pflegegrad 2 und 3“ ersetzt.

bbb) In Nummer 2 wird die Angabe „Pflegestufe III“ durch die Wörter „Pflegegrad 4 und 5“ ersetzt.

bb) Satz 4 bis 6 werden wie folgt gefasst:

„Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sind berechtigt, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 4. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten Satz 3 bis 5.“

cc) Satz 7 wird aufgehoben.

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Fordert das Bundesministerium für Gesundheit oder eine Vertragspartei nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Vertragsparteien schriftlich zum Beschluss neuer Empfehlungen auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen.“

e) Absatz 7 Satz 4 wird aufgehoben.

29. § 38 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Abs. 3 und 4“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.

b) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.“

30. § 38a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1 und wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „205 Euro“ wird durch die Angabe „214 Euro“ ersetzt.

bb) In Nummer 1 werden die Wörter „oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 45a bei ihnen festgestellt wurde“ gestrichen.

cc) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 45b oder § 123“ durch die Angabe „§ 45a oder § 45b“ ersetzt.

dd) In Nummer 3 werden die Wörter „von den Mitgliedern“ durch die Wörter „durch die Mitglieder“ ersetzt.

ee) In Nummer 4 werden die Wörter „in der der“ durch die Wörter „in der ein“ ersetzt, werden nach dem Wort „gewährleistet“ die Wörter „(anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe)“ eingefügt, werden nach dem Wort „Dritten“ die Wörter „in der Wohngruppe“ gestrichen und werden nach dem Wort „sondern“ die Wörter „in der Wohngruppe“ eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„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 der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.“

31. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „dass“ die Wörter „der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist und“ eingefügt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.“

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

„(2) Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.“

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten. Wird die Ersatzpflege von den in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, können sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Satz 1 auf den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 belaufen; Absatz 2 findet Anwendung.“

bb) Der neue Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.“

d) Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben.

32. § 41 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 689 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1 298 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1 612 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 1 995 Euro.“

c) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.

33. § 42 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „besteht“ die Wörter „für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „vier“ durch das Wort „acht“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr.“

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

34. § 43 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.

b) Absatz 2 Satz 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie zu den in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.“

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Wählen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 80 Prozent des in Absatz 2 Satz 2 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Gesamtwertes. Entsprechendes gilt für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 für den in Absatz 3 genannten Betrag. Der für die Pflegegrade 2 bis 5 nach § 84 vorgesehene einheitliche Eigenanteil erhöht sich in diesen Fällen entsprechend.“

35. In § 43a Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.

36. Nach § 43a wird folgender Fünfter Titel eingefügt:

„Fünfter Titel

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

§ 43b

Inhalt der Leistung

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe der §§ 84 Absatz 8 und 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.“

37. § 44 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3 oder 5 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt im Einzelfall fest, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht, stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zudem den Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt fest (Gesamtpflegeaufwand). Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden bei Pflege eines Pflegebedürftigen durch mehrere Pflegepersonen nur entrichtet, wenn die jeweilige Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 Prozent umfasst. Beträgt der prozentuale Anteil nicht mindestens 30 Prozent des Gesamtpflegeaufwandes, erfragt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt (Additionspflege). Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden bei Additionspflege nur entrichtet, wenn sich die Anteile am jeweiligen Gesamtpflegeaufwand insgesamt auf einen Wert von mindestens 30 Prozent summieren (addierter Pflegeaufwand).“

b) In Absatz 2 wird die Angabe „Absatz 1 und 2“ durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 pflegen, nach Maßgabe der §§ 2, 4, 105, 106, 129, 185 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 pflegen und nach der Pflegetätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei beruflicher Weiterbildung nach Maßgabe des Dritten Buches bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen gefördert werden.“

d) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 7 werden die Wörter „die Pflegestufe“ durch die Wörter „den Pflegegrad“ ersetzt.

bb) In Nummer 8 werden die Wörter „unter Berücksichtigung des Umfangs der Pflegetätigkeit“ gestrichen und nach der Angabe „§ 166“ wird die Angabe „Absatz 2“ eingefügt.

e) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „einen Pflegebedürftigen“ die Wörter „des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht sowie bei Änderungen in den Verhältnissen die in Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 8 genannten Angaben mitzuteilen.“

f) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Mindeststundenzahl von 14 Stunden wöchentlicher Pflege für die Rentenversicherungspflicht einer Pflegeperson“ durch die Wörter „der addierte Pflegeaufwand der Pflegeperson von mindestens 30 Prozent“ und die Wörter „von Pflegezeiten“ durch die Wörter „der Pflegeaufwände“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „zeitlichen“ durch das Wort „prozentualen“ und werden die Wörter „von Pflegezeiten“ durch die Wörter „der Pflegeaufwände“ ersetzt.

38. In § 44a Absatz 3 Satz 4 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; der Auszahlungsbetrag vermindert sich um den vom Beschäftigten aus dem Pflegeunterstützungsgeld zu tragenden Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen.“ ersetzt.

39. § 45 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten“ durch die Wörter „Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen“ ersetzt.

b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Auf Wunsch findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt.“

40. Der Fünfte Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe

§ 45a

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Als Angebote zur Unterstützung im Alltag kommen insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen in Betracht.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur Abfrage der aktuell angebotenen Leistungen und der Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags für ambulante Pflegesachleistungen nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach Satz 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018.

§ 45b

Entlastungsbetrag

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für die Leistung körperbezogener Pflegemaßnahmen,
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten Leistungen im Übrigen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.

(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Leistungen. Die Leistung nach Absatz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

§ 45c

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. den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,
2. die Förderung und den Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie
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.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der in Absatz 1 genannten Zwecke durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Die Förderung des Auf- und Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich tätigen Helfenden zu finanzieren sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Helfenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Angebots beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist.

(4) Die Förderung und der Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfolgt zur Förderung von Initiativen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben.

(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 ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt wer-

den, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(6) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen 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 genannten Zwecke. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der in Satz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(8) Der 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 (§ 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 Bundesversicherungsamt, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

§ 45d

Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

Je Versicherten werden 0,10 Euro je Kalenderjahr verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben. Dabei werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet. Selbsthilfegruppen sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder auf Grund eigener Betroffenheit oder als Angehörige 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 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 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 [§ 20c SGB V in der Fassung PrävG] erfolgt. § 45c Absatz 7 Satz 4 gilt entsprechend.“

41. In § 46 Absatz 3 wird die Angabe „3,5 vom Hundert“ durch die Angabe „3,2 Prozent“ ersetzt.

42. Nach § 53b wird folgender § 53c eingefügt:

„§ 53c

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 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.“

43. In § 55 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2,35 vom Hundert“ durch die Angabe „2,55 Prozent“ ersetzt.

44. § 75 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 4 wird das Wort „Pflegestufen“ durch das Wort „Pflegegrad“ ersetzt.

    b) Satz 5 wird aufgehoben.

45. § 82 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Sie umfasst auch die Betreuung und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege.“

46. § 84 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „soziale“ gestrichen.

    b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

        aa) In Satz 2 werden die Wörter „in drei Pflegeklassen“ durch die Wörter „entsprechend der fünf Pflegegrade“ ersetzt und das Semikolon und der nachfolgende Satzteil durch einen Punkt ersetzt.

        bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

            „Davon ausgehend sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dieses gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge nach § 43.“

    c) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz wird angefügt:

        „(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.“

47. Dem § 85 wird folgender Absatz angefügt:

„(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die

Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,

2. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Pflegebedürftigen der zwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und

3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten Absatz 1 bis 7 entsprechend.“

48. § 87a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „einer höheren Pflegestufe“ durch die Wörter „einem höheren Pflegegrad“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „der nächsthöheren Pflegeklasse“ durch die Wörter „des nächsthöheren Pflegegrades“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „eine höhere Pflegestufe“ durch die Wörter „einen höheren Pflegegrad“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „1 597 Euro“ durch die Angabe „2 952 Euro“, die Wörter „eine niedrigere Pflegestufe“ durch die Wörter „einen niedrigeren Pflegegrad“ und die Wörter „von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit“ durch die Wörter „von erheblicher zu geringer Beeinträchtigung der Selbständigkeit“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „eine höhere Pflegestufe“ durch die Wörter „einen höheren Pflegegrad“ und die Wörter „von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit“ durch die Wörter „von geringer zu erheblicher Beeinträchtigung der Selbständigkeit“ ersetzt.

49. § 87b wird aufgehoben.

50. § 89 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.

b) In Absatz 3 wird Satz 3 aufgehoben.

51. § 90 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.

52. Die Überschrift zum Vierten Abschnitt des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Vierter Abschnitt

Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich“.

53. Der bisherige § 92 wird „§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“.

54. Die Überschrift zum Fünften Abschnitt des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt

Integrierte Versorgung“.

55. Der bisherige § 92c wird „§ 7c Pflegestützpunkte“ und wie folgt geändert:

    a) Absatz 5 und Absatz 6 werden aufgehoben.

    b) Absatz 7 wird Absatz 5.

    c) Absatz 8 wird Absatz 6.

    d) Absatz 9 wird Absatz 7.

56. § 94 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

    a) In Nummer 3 wird die Angabe „(§§ 4 und 28)“ durch die Angabe „(§§ 4, 28 und 28a)“ ersetzt.

    b) In Nummer 7 werden das Wort „Beratung“ durch die Wörter „Aufklärung und Auskunft“ ersetzt und nach dem Wort „Pflege“ die Wörter „sowie über deren Erbringer“ eingefügt.

    c) In Nummer 8 wird die Angabe „(§ 92c)“ durch die Angabe „(§ 7c)“ ersetzt.

57. In § 95 Absatz 1 wird nach Nummer 1 folgende Nummer 1a eingefügt:

    „1a. Die Information über die Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7).“

58. In § 97 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§§ 18,“ die Angabe „38a,“ eingefügt.

59. In § 108 Satz 1 werden die Wörter „im jeweils letzten Geschäftsjahr“ durch die Wörter „in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung“ ersetzt.

60. § 109 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 werden die Wörter „und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ gestrichen.

    b) In Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 werden nach dem Wort „Angehörige“ ein Komma und die Wörter „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ eingefügt.

61. In § 112 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „soziale Betreuung“ durch das Wort „Betreuung“ ersetzt.

62. § 113 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

        aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich“ gestrichen, nach den Wörtern „behinderten Menschen“ die Wörter „nach Maßgabe von § 118“ eingefügt und die Wörter „Qualität und die Qualitätssicherung“ durch die Wörter „Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung“ ersetzt.

        bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Hierbei sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen. Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind bis zum 30. Juni 2017, die Maßstäbe und Grundsätze für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren. Sie sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen."

cc) Der neue Satz 7 wird aufgehoben.

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

„(1a) In den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben (Indikatorenmodell). Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten. Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung der Daten festzulegen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit beschließen die Vertragsparteien nach § 113 unverzüglich die Vergabe der Aufträge nach § 113b Absatz 4 Nummern 1 und 2.

(1b) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die entsprechend der Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten an einer hierfür fachlich qualifizierten Stelle zusammengeführt sowie leistungserbringer- und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a ausgewertet werden. Soweit andere Stellen die Auswertungen der Daten nach Satz 1 zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung nach diesem Gesetz bedürfen, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 113 entsprechende Verfahren zur Weiterleitung der Daten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten."

c) In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz angefügt:

„Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bestehenden Vereinbarungen gelten bis zum Inkrafttreten der Vereinbarungen nach Absatz 1 fort."

d) Absatz 3 wird aufgehoben.

63. § 113a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden nach den Wörtern „die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene" das Komma und die Wörter „die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene" gestrichen.

bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „Sie" die Wörter „und die nach § 118 zu beteiligenden Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen" eingefügt.

cc) Satz 6 und 7 werden aufgehoben.

b) In Absatz 2 wird Satz 5 aufgehoben.

64. § 113b wird wie folgt gefasst:

„§ 113b

Qualitätsausschuss

(1) Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet ab Inkrafttreten dieses Gesetzes als Qualitätsausschuss mit den Maßgaben nach Absatz 2 bis 8. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5, § 113, § 113a und § 115 Absatz 1a durch diesen Qualitätsausschuss, der in bestimmten Fällen nach Absatz 3 erweitert wird.

(2) Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; sowohl Leistungsträger als auch Leistungserbringer können jeweils höchstens zehn Mitglieder benennen. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände an; sie werden auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. angehören, dieser wird auch auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann dem Qualitätsausschuss unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen angehören. Eine Vertretung sowohl der Leistungsträger als auch der Leistungserbringer durch eine Organisation ist ausgeschlossen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken an den Beratungen und Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 Absatz 1 beratend mit.

(3) Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2 ganz oder teilweise nicht durch Einigung zu Stande, 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). 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. Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist nicht zu Stande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarungen oder Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung im Sinne der § 37 Absatz 5, § 113 , § 113a oder § 115 Absatz 1a.

(4) Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch den Qualitätsausschuss mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 jeweils fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige, die insbesondere

1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege entwickeln. Hierbei sind insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförder-

ten Projektes *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe* (Indikatorenmodell) und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen. Aspekte der Prozess- und Strukturqualität sind ebenfalls zu berücksichtigen;

2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage des Indikatorenmodells 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 Plausibilitätsprüfung der Daten entwickeln;

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 entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorlegen;

4. Module für die Befragung von Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle für die Bewertung der Lebensqualität entwickeln;

5. die Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und -darstellung wissenschaftlich evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unterbreiten; sowie

6. ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen entwickeln.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung nach diesem Absatz vorschlagen.

(5) Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4. Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Nummern 1 bis 6 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird; den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Nummern 1 bis 6 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(6) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 1. April 2016 zur Unterstützung der Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit nach Absatz 4 eine qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses für die Dauer von fünf Jahren ein. Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr. Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle regeln die Vertragsparteien nach § 113 in der Geschäftsordnung nach Absatz 7. Die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4.

(7) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und 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,

2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,

3. zum Vorsitz,

4. zu den Beschlussverfahren,
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,
7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,
8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,
9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz sowie
10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter.

Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Kommt die Geschäftsordnung bis zum 1. März 2016 nicht zu Stande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt.

(8) Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Beschlüsse sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 3 unterbrochen. Die Nichtbeanstandung von Beschlüssen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Kommen Beschlüsse des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Vereinbarungen und Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen.“

65. § 114 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 werden die Wörter „soziale Betreuung“ durch das Wort „Betreuung“ ersetzt und die Angabe „§ 87b“ durch die Angabe „§ 43b“ ersetzt.

bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Sie umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen.“

b) In Absatz 3 Satz 3 Nummer 3 werden die Wörter „, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität,“ gestrichen.

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „auf Kosten der Pflegeeinrichtung“ gestrichen.

bb) Satz 5 bis 7 werden aufgehoben.

66. § 114a Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Berücksichtigung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 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. 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 zeitgleich 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 Spitzenverband Bund der Pflegekassen 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 Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände 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 regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Sie bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.“

67. § 115 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden nach den Wörtern „Ergebnisse von Qualitätsprüfungen“ ein Komma und das Wort „Qualitätsdarstellung“ angefügt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird aufgehoben.

bb) Im neuen Satz 2 wird die Angabe „oder 2“ gestrichen.

c) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(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 Qualitätsprüfungen nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zu Grunde zu legen sind und inwieweit diese durch weitere Informationen ergänzt werden. In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 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 und personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Bei der Darstellung der Qualität ist auf die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung hinzuweisen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung 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 des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 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 Interes-

sen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 Absatz 1 mit. 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 zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bestehenden Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen).“

d) In Absatz 1b wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen übermitteln die Informationen nach Satz 1 an den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zum Zwecke der einheitlichen Veröffentlichung.“.

e) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „weitere Betreuung“ durch die Wörter „weitere pflegerische Betreuung“ ersetzt.

68. In § 117 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 6“ gestrichen.

b) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „und 2“ gestrichen.

69. In § 118 Absatz 1 Satz 1 werden die Nummern 1 und 2 wie folgt gefasst:

„1. der in den § 17 Absatz 1, § 18b und § 114a Absatz 7 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie

2. der Vereinbarungen und Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner nach § 37 Absatz 5, § 113, § 113a und § 115 Absatz 1a durch den Qualitätsausschuss nach § 113b“.

70. § 122 wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.

b) Absatz 1 und 2 werden aufgehoben.

c) Absatz 3 wird Absatz 1.

d) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b und 45c in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Die Länder sind ermächtigt, per Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.“

71. Die §§ 123 und 124 werden aufgehoben.

72. In § 125 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „nach § 124“ gestrichen.

73. In § 126 Satz 2 werden die Wörter „Leistungen nach § 123 oder“ gestrichen.

74. § 127 Absatz 2 wird die folgt geändert:

a) In Nummer 4 wird der erste Teilsatz bis zum Semikolon wie folgt gefasst:

„bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für den in § 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 aufgeführten Pflegegrad 5, vorsieht“.

b) In Nummer 5 werden die Wörter „der Pflegestufe“ durch die Wörter „des Pflegegrades“ ersetzt und die Wörter „sowie den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a“ gestrichen.

Artikel 2

Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

§ 1

Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. Der Erwerb einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht.

(2) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung,

1. bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe im Sinne der §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist, und
2. bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen,

werden ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung mit Wirkung zum 1. Januar 2017 einem Pflegegrad zugeordnet. Dabei gelten die folgenden Zuordnungsregelungen:

1. Versicherte, bei denen eine Pflegestufe nach §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden
   a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
   b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
   c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 sowie
   d) von Pflegestufe III, soweit die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5

   übergeleitet.
2. Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden

a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe nach §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 2,

b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I nach §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 3,

c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II nach §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 4,

d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 5 sowie

e) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, soweit zusätzlich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5

übergeleitet.

Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen.

(3) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 2 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt.

§ 2

Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

(1) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen bei häuslicher Pflege; hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 2. Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte erhalten auf einen ihnen am 31. Dezember 2016 zustehenden Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung Besitzstandsschutz, soweit der Gesamtwert der ab dem 1. Januar 2017 jeweils bezogenen regelmäßig wiederkehrenden Leistungen bei häuslicher Pflege im Kalendermonat ein Achtzehntel des Gesamtwerts der regelmäßig wiederkehrenden Leistungen bei häuslicher Pflege, die der Versicherte in den letzten 18 Monaten vor dem 1. Januar 2017 insgesamt bezogen hat, (Bezugsgröße) unterschreitet. Steht der Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung den Versicherten seit einem Zeitraum von weniger als 18 Monaten vor dem 1. Januar 2017 zu, so werden zur Ermittlung des Besitzstandsschutzes nach Satz 1 der Gesamtwert der ab Bestehen des Anspruchs bezogenen regelmäßig wiederkehrenden Leistungen bei häuslicher Pflege und ein auf diese

Anspruchsdauer bezogener Bruchteil als Bezugsgröße zugrunde gelegt. Die nach Satz 1 oder Satz 2 ermittelte Bezugsgröße ist den entsprechenden Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern.

(3) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 3 Absatz 2 des Artikels 3 oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch von Amts wegen ein Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(4) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Pflegen Personen am 31. Dezember 2016 regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche nicht erwerbsmäßig einen Versicherten ohne Pflegestufe, der im Sinne des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erheblich in seiner Alltagskompetenz eingeschränkt ist, sind sie ab dem 1. Januar 2017 für die weitere Dauer dieser Pflegetätigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 3 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 Nummer 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Die Sätze 1 bis 4 gelten, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht keine günstigeren Ansprüche auf Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung ergeben.

(5) Absatz 4 Satz 1 bis 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, ab dem insbesondere aufgrund einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt oder die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr ist.

(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten die Absätze 4 und 5 entsprechend.

(7) Besteht für Pflegepersonen am 31. Dezember 2016 ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wird dieses fortgesetzt. Dieses Versicherungsverhältnis endet, wenn insbesondere aufgrund einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt oder die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr ist.

§ 3

Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

(1) Bei Versicherten, die nach § 1 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage von hierzu vor diesem Zeitpunkt getroffenen Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder anderer unabhängiger Gutachter durchgeführt.

(2) Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(3) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist die Pflegekasse bis zum 31. Dezember 2017 verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn bei besonders dringendem Entscheidungsbedarf gemäß Absatz 2 innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

(4) § 18 Absatz 3b Satz 1 bis 3 wird mit Wirkung vom 1. Januar 2017 ausgesetzt und tritt am 1. Januar 2018 wieder in Kraft.

Artikel 3

Übergangsregelung für die stationäre Pflege

§ 1

Neuverhandlung der Pflegesätze

Die zum Zeitpunkt der Verkündung dieses Gesetzes geltenden Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime gelten bis zum 31. Dezember 2016 weiter. Für den vorgesehenen Übergang ab dem Tag der Umstellung (Inkrafttreten nach Artikel 8 Absatz 2) sind von den Vereinbarungspartnern nach § 85 des Elften Buches Sozialgesetzbuches für die Pflegeheime neue Pflegesätze im Hinblick auf die neuen fünf Pflegegrade zu vereinbaren. Davon ausgehend sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Dabei kann die Pflegesatzkommission nach § 86 des Elften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug der alternativen Überleitung nach § 2 sowie eines angemessenen Zuschlages für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten bestimmen. § 86 Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch findet entsprechend Anwendung.

§ 2

Alternative Überleitung der Pflegesätze

Sofern bis zu drei Monate vor dem Tag der Umstellung für das Pflegeheim keine neue Vereinbarung nach § 1 geschlossen wurde, werden die vereinbarten Pflegesätze

durch übergeleitete Pflegesätze abgelöst, die nach den nachfolgenden Vorschriften nach § 3 zu ermitteln sind.

§ 3

Verfahren für die Umrechnung

(1) Grundlage für die Ermittlung der ab dem Tag der Umstellung zu zahlenden Pflegesätze nach § 2 ist der Gesamtbetrag der Pflegesätze, die dem Pflegeheim am 30. September 2016 zustehen, hochgerechnet auf einen Kalendermonat für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Bewohner ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

(2) Der Gesamtbetrag nach Absatz 1 ist in die Pflegegrade 2 bis 5 umzurechnen. Die übergeleiteten Pflegesätze ergeben sich als Summe aus dem Leistungsbetrag nach § 43 des Elften Buches und dem in allen Pflegegraden gleich hohen Eigenanteil (Zuzahlungsbetrag). Der einheitliche Eigenanteil ermittelt sich dann wie folgt:

EA = (∑ PS – PBPG2 x LBPG2 – PBPG3 x LBPG3 – PBPG4 x LBPG4 – PBPG5 x LBPG5) dividiert durch PB (PG2 – PG5)

Dabei sind:

EA = der ab dem Tag der Umstellung geltende einheitliche Eigenanteil

∑ PS = Gesamtbetrag der Pflegesätze (PS) nach Absatz 1

PBPG2 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 entsprechend der Überleitungsvorschrift des Artikels 2 § 1 am 30. September 2016

PBPG3 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 3 entsprechend der Überleitungsvorschrift des Artikels 2 § 1 am 30. September 2016

PBPG4 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 4 entsprechend der Überleitungsvorschrift des Artikels 2 § 1 am 30. September 2016

PBPG5 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des Artikels 2 § 1 am 30. September 2016

PB (PG2 – PG5) = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des Artikels 2 § 1 am 30. September 2016

LBPG2 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 2

LBPG3 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 3

LBPG4 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 4

LBPG5 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 5.

(3) Für den teilstationären Bereich ergeben sich abweichend von Absatz 2 die übergeleiteten Pflegesätze wie folgt:

PSPG2 = ∑ PS dividiert durch (PBPG2 + PBPG3 x 1,36 + PBPG2 x PBPG4 x 1,74 + PBPG2 x PBPG5 x 1,91).

Dabei ist

PSPG2 = der teilstationäre Leistungsbetrag in Pflegegrad 2. Es gilt:

1. Der Pflegesatz in Pflegegrad 3 entspricht dem 1,36-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2.
2. Der Pflegesatz in Pflegegrad 4 entspricht dem 1,74-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2.
3. Der Pflegesatz in Pflegegrad 5 entspricht dem 1,91-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2.

(4) Der Pflegesatz für den Pflegegrad 1 beträgt bis zur Ablösung durch eine neue Pflegesatzvereinbarung 78 Prozent des Pflegesatzes für den Pflegegrad 2.

§ 4

Pflichten der Beteiligten

(1) Das Pflegeheim teilt den nach § 85 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern bis spätestens zum 31. Oktober 2016 die von ihm nach § 3 Absatz 2 und 4 ermittelten Pflegesätze in den Pflegegraden 1 bis 5 zusammen mit folgenden Angaben mit:

1. die bisherigen Pflegesätze,
2. die Aufteilung der maßgeblichen Heimbewohnerzahl entsprechend ihrer bisherigen Einstufung sowie
3. den Stichtagsbetrag (§ 3 Absatz 1).

Diese Angaben sind durch geeignete Unterlagen zu belegen. Es genügt die Mitteilung an eine als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse; diese stellt die unverzügliche Weiterleitung der Mitteilung an die übrigen als Vertragsparteien beteiligten Kostenträger sowie an die Landesverbände der Pflegekassen sicher.

(2) Über Beanstandungen der von dem Pflegeheim nach Absatz 1 übermittelten Angaben befinden die Parteien nach § 85 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch unverzüglich mit Mehrheit.

(3) Abweichend von § 9 Absatz 2 des Gesetzes zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen sind die Heimbewohner vom Pflegeheim spätestens bis zum 30. November 2016 über die danach geltenden Pflegesätze nach § 3, bei vollstationärer Pflege einschließlich des einrichtungseinheitlichen Eigenanteiles, schriftlich zu informieren. Auf den Bestandschutz nach Artikel 2 § 2 ist hinzuweisen.

Artikel 4

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

§ 28a Absatz 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch … geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „der Pflegestufe I bis III“ durch die Wörter „dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5“, die Wörter „wenigstens 14 Stunden wöchentlich“ durch die Wörter „regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche“ und die Wörter „sind die Zeiten der Pflege zusammenzurechnen“ durch die Wörter „ist die Häufigkeit der Pflegeeinsätze pro Woche insgesamt maßgebend“ ersetzt.

2. In Satz 2 werden nach den Wörtern „Gelegentliche Abweichungen von“ die Wörter „dem in Nummer 1 genannten Mindestpflegeumfang oder“ eingefügt und wird die Angabe „1 bis“ durch die Angabe „2 und“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel … des Gesetzes vom … (BGBl. I. S. …) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 1, 2. Halbsatz wird wie folgt gefasst:

      „der Anspruch umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den in § 14 Absatz 2 Nummer 1 und 4 des Elften Buches genannten Bereichen sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist“.

   b) In Satz 6 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigkeit“ die Wörter „mit mindestens Pflegegrad 2“ eingefügt.

2. In Absatz 6 Satz 2 wird im 2. Halbsatz das Wort „verrichtungsbezogenen“ gestrichen.

Artikel 6

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch … geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 1 Nummer 1a wird wie folgt gefasst:

      „1a. in der sie einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 in seiner häuslichen Umgebung regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn sie die Voraussetzungen des § 44 Absatz 1 des Elften Buches erfüllen und der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat; dies gilt auch, wenn die Voraussetzungen nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden,“

   b) In Satz 2 werden die Wörter „der §§ 37 und 123“ durch die Wörter „des § 37“ ersetzt.

2. § 5 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

      „Versicherungsfrei sind Personen, die eine

      1. Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 2 oder § 8a in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 2 des Vierten Buches oder

2. geringfügige selbständige Tätigkeit nach § 8 Absatz 3 in Verbindung mit § 8 Absatz 1 oder nach § 8 Absatz 3 in Verbindung mit den §§ 8a und 8 Absatz 1 des Vierten Buches

ausüben, in dieser Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit."

b) Satz 3 wird aufgehoben.

3. § 166 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer

1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 (§ 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 des Elften Buches)

   a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 (§ 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 des Elften Buches)

   a) 66 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 56,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 46,2 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 (§ 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Elften Buches)

   a) 38 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 32,3 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 26,6 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 (§ 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Elften Buches)

   a) 26,7 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 22,7 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 18,7 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend des prozentualen Umfangs der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden

mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach Satz 1 und 2.“

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

Artikel 7

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

§ 2 Absatz 1 Nummer 17 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch … geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„17. Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 und 2 des Elften Buches bei der Pflege eines Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne der §§ 14, 15 Absatz 3 des Elften Buches; die versicherte Tätigkeit umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen in den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches genannten Bereichen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.“.

Artikel 8

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich Absatz 2 und 3 am XX [geplant ist der 1. Januar 2016] in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 1 (Inhaltsverzeichnis Buchstabe d, e, g bis o, t bis x), 3 (§ 2), 4 (§ 4), 9 Buchstabe b (§ 8), 13 (§ 14), 14 (§ 15 Absatz 1, Absatz 2 Satz 1 bis 7, Absatz 3 bis 5), 17 Buchstaben a bis d (§ 18), 20 (§ 19), 21 (§ 23), 22 (§ 28), 23 (§ 28a), 25 Buchstabe a (§ 33), 26 (§ 34), 27 (§ 36), 28 Buchstaben a und c bis e (§ 37 Absatz 1, Absatz 3, Absatz 5 und Absatz 7), 29 Buchstabe a (§ 38 Satz 1), 30 (§ 38a), 31 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 39 Absatz 1 Satz 2), 32 (§ 41), 33 Buchstabe a und Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 42 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 2), 34 (§ 43), 35 (§ 43a), 36 (§ 43b), 37 (§ 44), 40 (Fünfter Abschnitt des Vierten Kapitels, §§ 45a ff.), 43 (§ 55), 44 bis 51 (§§ 75 bis 90), 60 (§ 109), 61 (§ 112), 70 (§ 122), 71 (§§ 123, 124), 72 (§ 125), 73 (§ 126), 74 (§ 127), Artikel 2 (Umstellungsregelung), Artikel 4 (Drittes Buch), Artikel 5 (Fünftes Buch), Artikel 6 (Sechstes Buch), Artikel 7 (Siebtes Buch) treten am 1. Januar 2017 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 41 (§ 46 Absatz 3) tritt zum 1. Januar 2018 in Kraft

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die gesetzliche Pflegeversicherung hat seit ihrer Einführung zum 1. Januar 1995 maßgeblich zu einer Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und zur Unterstützung pflegender Angehöriger beigetragen. Sie muss jedoch weiter an die Erfordernisse des demografischen Wandels, die steigende Anzahl insbesondere von Menschen mit demenziellen Erkrankungen sowie an pflegefachliche Entwicklungen angepasst werden. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird vor allem an die kurzfristig wirksamen Leistungsverbesserungen und -flexibilisierungen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz sowie das Erste Pflegestärkungsgesetz und auch an die erweiterten Möglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf angeknüpft. Neben der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) sowie damit unmittelbar verbundenen Änderungen im Leistungs-, Vertrags- und Vergütungsrecht werden auch in weiteren wichtigen Bereichen der Pflegeversicherung Neuregelungen von grundsätzlicher Bedeutung getroffen wie etwa bei der Qualitätssicherung und -darstellung sowie bei der Verbesserung der Beratung.

Bislang erfolgt die Einstufung Pflegebedürftiger abhängig von der – sowohl in der Fachwelt als auch bei den betroffenen Bürgerinnen und Bürgern und ihren Angehörigen kritisierten – Ermittlung des Zeitaufwands für die Pflege durch Laien, häufig pflegende Angehörige. Pflegebedürftig war nach bisheriger Definition, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße auf Hilfe Dritter angewiesen ist. Damit wurden vorrangig Verrichtungen erfasst, die bei Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen häufiger vorkommen und oft ausgeprägter sind als bei Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen. Pflegebedürftige mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen werden im bisherigen Begutachtungsinstrument somit tendenziell begünstigt; sie erreichen im Durchschnitt höhere Pflegestufen als Personen mit vorrangig kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen und haben damit häufig höhere Leistungsansprüche.

Zudem ist der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff defizitorientiert, erfasst die relevanten Aspekte von Pflegebedürftigkeit nicht umfassend und ist nach dem aktuellen Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse nicht ausreichend pflegefachlich fundiert.

Zukünftig soll eine umfassende, ressourcenorientierte und pflegefachlich fundierte Erfassung des Grades der Selbstständigkeit aller Pflegebedürftigen erfolgen, unabhängig davon, ob sie vorrangig körperlich, kognitiv oder psychisch beeinträchtigt sind. Damit wird zum Einen bewirkt, dass die pflegerische Versorgung auf dem aktuellen Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ressourcenorientiert ausgerichtet werden kann. Zum Anderen erfolgt eine Gleichbehandlung körperlicher, kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen bei der Einstufung in einen Pflegegrad und der davon abhängigen Höhe des Leistungsanspruchs.

Darüber hinaus werden mit dem NBA weitere Ziele verfolgt, die weiteren Anpassungsbedarf im Pflegeversicherungsrecht nach sich ziehen:

– So können mit dem NBA deutlich bessere Hinweise auf etwaige Präventions- und Rehabilitationsbedarfe pflegebedürftiger Menschen gegeben werden.

– Damit und durch die umfassende Erfassung der relevanten Aspekte von Pflegebedürftigkeit liegt eine deutlich verbesserte Grundlage für die Versorgungsberatung und -planung vor.

– Das NBA und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sind zugleich pflegefachliche Grundlage für die geplanten Verbesserungen im Bereich der Qualitätssicherung und -berichterstattung und für die vorgesehene Stärkung der Effizienz der Pflegedokumentation.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erfordert eine Umsetzung auch im Leistungsrecht der Pflegeversicherung. Gemäß der Empfehlungen der Expertenbeiräte aus den Jahren 2009 und 2013 ist es notwendig, den Pflegebedürftigkeitsbegriff mit künftig fünf Pflegegraden statt wie bisher mit drei Pflegestufen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung nachzuvollziehen. Dies betrifft insbesondere deren Kernleistungen. Deshalb müssen die ambulanten und stationären Sachleistungen sowie die Pflegegeldleistung im Hinblick auf die neue Systematik grundsätzlich neu ausgerichtet und eine Vielzahl weiterer leistungsrechtlicher Vorgaben angepasst werden.

Es wäre aber nicht ausreichend, die leistungsrechtlichen Tatbestände allein technisch an die neue Begutachtungssystematik anzupassen. Ziel ist es vielmehr, die Pflegeversicherung auf künftige Herausforderungen vorzubereiten: Ihre Leistungen müssen passender als bisher auf die Versorgungsbedürfnisse der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtet und gestaltet werden. Bereits das geltende Recht sieht eine Vielfalt an differenzierten Leistungen auch für Menschen mit kognitiven Defiziten vor. Die Zahl der Menschen mit demenziellen Veränderungen oder eingeschränkter Alltagskompetenz wird allerdings weiter steigen und ihre Bedarfe werden in Zukunft noch wesentlich differenzierter ausfallen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird einen Paradigmenwechsel initiieren, der eine noch stärker personenzentrierte und bedarfsgerechte Pflege ermöglicht. Die Ausgestaltung des Leistungsrechts in der Pflegeversicherung wird eine noch differenziertere Leistungs- und Angebotspalette ermöglichen, die eine wohnortnahe Pflege sowohl für Menschen mit körperlichen Einschränkungen, als auch für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen unterstützt.

Bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) wurden wesentliche Vorschläge des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Fachkreise im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ab dem Jahr 2013 umgesetzt (z. B. die Ausweitung und bessere Berücksichtigung von Betreuung, Verbesserung der Betreuungsrelation im stationären Bereich, flexiblere Leistungsinanspruchnahme, Übergangsleistungen nach den §§ 123 und 124). Weiterhin wurden mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz in dieser Legislaturperiode wichtige Impulse gesetzt, die jetzt aufgenommen und fortgeführt werden. Dies gilt etwa für die Betreuungs- und Entlastungsleistungen, mit denen maßgebliche Impulse für eine nachbarschaftsorientierte und wohnortnahe Pflege gesetzt werden können, für die erweiterten Flexibilisierungs- und Kombinationsmöglichkeiten von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege oder für die vereinfachte Möglichkeit, Mittel der Pflegeversicherung auch in Wohngruppen oder Wohngemeinschaften einzusetzen. Es wird sichergestellt, dass diese Leistungen der Art nach erhalten bleiben und als Regelleistungen in das Leistungsrecht integriert werden.

Die leistungsrechtlichen Neuregelungen sind mithin nicht isoliert zu sehen, sondern stellen insbesondere zusammen mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz und dem Ersten Pflegestärkungsgesetz eine konzeptionelle Einheit dar.

Bei der Überarbeitung des Leistungsrechts orientiert sich der Gesetzentwurf eng an den Empfehlungen des Expertenbeirats zur Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 27. Juni 2013. Der Gesetzentwurf soll auch dazu dienen, den Leistungskatalog der Pflegeversicherung zu vereinfachen und für die Leistungsberechtigten und Rechtsanwender transparenter und leichter handhabbar zu machen. Der Entwurf enthält zudem Änderungen zur Verwaltungsvereinfachung und Entlastung insbesondere der Pflegebedürftigen von Bürokratie. Die parallel zu verfolgende Zielsetzung, bereits bisher bestehende Leistungsarten und deren Kombinationsmöglichkeiten im Kern zu erhalten und die bewährte Struktur der ambulanten und stationären Sachleistungen nicht aufzugeben, sowie Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in unterschiedlichen Varianten zu kombinieren, begrenzt dabei die Möglichkeiten zur Vereinfachung des Leistungsrechts.

Auch die Regelungen über Betreuungs- und Entlastungsangebote werden gestrafft, inhaltlich jedoch beibehalten.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Schwerpunkte dieses Gesetzes sind die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) sowie nachstehend besonders hervorzuhebende, damit unmittelbar verbundene Änderungen:

1. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst gleichermaßen die Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen vorrangig somatisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger ebenso wie von vorrangig kognitiv und psychisch beeinträchtigten Menschen.

2. Einführung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)

Eine Gleichbehandlung vorrangig somatisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger und vorrangig kognitiv oder psychisch beeinträchtigter Menschen erfolgt in Zukunft über die Feststellung des Grades der Selbständigkeit und über die Abhängigkeit von personaler Hilfe in allen pflegerelevanten Bereichen. Pflegebedürftige werden nach einem einheitlichen Verfahren in einen von fünf Pflegegraden eingestuft; Sonderfeststellungen (z. B. von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz oder von Härtefällen) und daran anknüpfende Leistungen werden entbehrlich, da sie bereits im NBA berücksichtigt sind.

3. Einführung von fünf Pflegegraden

Das System von drei Pflegestufen und einer gesonderten Feststellung des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz wird durch ein einheitliches Einstufungssystem mit fünf Pflegegraden ersetzt. Die Höhe der Leistungsbeträge hängt vom Pflegegrad ab, soweit nicht pauschale Leistungsbeträge für alle Pflegebedürftigen vorgesehen sind.

4. Leistungsrechtliche Anpassungen

4.1 Wesentliche Neuerungen im Leistungsrecht

In der Hauptsache werden nachfolgende Neuerungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung eingeführt:

– Die häusliche Pflegesachleistung in § 36 wird über körperbezogene Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung hinaus auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt. Damit werden bei einer der Kernleistungen der Pflegeversicherung regelhaft die wesentlichen Hilfebedarfe von Menschen mit Einschränkungen ihrer kognitiven Fähigkeiten berücksichtigt und einem der wesentlichen Kritikpunkte an der Pflegeversicherung Rechnung getragen.

– Diese Ergänzung wird ausdrücklich auch bei der Pflegegeldleistung nach § 37 nachvollzogen.

– Ferner wird in den Vorschriften zur teilstationären und zur vollstationären Pflege (§§ 41, 43) durch eine Anpassung der Definition pflegebedingter Aufwendungen verdeutlicht, dass diese nunmehr auch Betreuung umfassen.

– Bei den weiteren Leistungen der Pflegeversicherung wie beispielsweise den zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a), der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege (§§ 39, 42), den Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (§ 40) wird die Anknüpfung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff dadurch sichergestellt, dass der Leistungsanspruch den Pflegebedürftigen im Sinne der neuen Begriffsbestimmung geöffnet ist.

Soweit die Leistungen pflegestufenabhängig sind, werden sie umgestellt auf die neue Einteilung in Pflegegrade. Die Leistungshöhen und die Spreizung der Leistungen orientieren sich im ambulanten Bereich an den bisherigen Leistungsbeträgen einschließlich der mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz eingeführten Vorziehleistungen und richten sich nach den in dem Bericht des Expertenbeirats vorgeschlagenen Stufungen einschließlich der durch die Überleitung der Pflegebedürftigen von Pflegestufen in Pflegegrade erforderlich gewordenen Modifikationen. Im vollstationären Bereich werden die Leistungsbeträge so gestaffelt, dass sie zusammen mit einem in Pflegegrad 2 bis 5 (absolut) gleich hohen Eigenanteil den durchschnittlich anfallenden Aufwand abdecken. Künftig haben zudem alle Pflegebedürftigen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegen ihre Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen (§ 43b). Diese Modifikationen betreffen auch die private Pflegevorsorge, die sich in Form privater Ergänzungsversicherungen an den leistungsrechtlichen Regelungen der gesetzlichen Pflegeversicherung orientiert. Entsprechend werden auch die gesetzlichen Vorgaben für die staatlich geförderte Pflege-Zusatzversicherung angepasst. Die konkrete Umsetzung zur Einführung der fünf Pflegegrade erfolgt im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarifbestimmungen für die ergänzenden privaten Pflegeversicherungen.

Gesondert ist auf die Leistungen des neuen Pflegegrades 1 hinzuweisen. Nach den Erkenntnissen des Expertenbeirates haben die Personen, die dem künftigen Pflegegrad 1 zugewiesen werden, vor allem Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei somatischen Beeinträchtigungen. Der Unterstützungsbedarf ist in der Regel nicht so stark ausgeprägt, dass eine stationäre Versorgung erforderlich ist, sondern erlaubt bei Sicherstellung der häuslichen Versorgungssituation einen Verbleib in der Häuslichkeit. Der Expertenbeirat hat daher empfohlen, für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 einen Leistungskatalog vorzusehen, der auf die Gewährleistung und Sicherstellung der häuslichen Versorgung abzielt. Vor diesem Hintergrund sollen für diesen Personenkreis folgende Leistungen zur Verfügung stehen:

– Pflegeberatung,

– Beratung in der eigenen Häuslichkeit,

– zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen einschließlich einer Anschubfinanzierung zu deren Gründung,

– Versorgung mit Pflegehilfsmitteln,

– Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes,

– zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen,

– Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Zudem soll die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich gewähren, der im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, für Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a Absatz 1 und 2 eingesetzt werden kann. Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro.

Mit den Neuregelungen erfolgt eine regelhafte Berücksichtigung der Bedarfe kognitiv beeinträchtiger Menschen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung – die gesonderte Definition des für diese Leistungen berechtigten Personenkreises wird entbehrlich. Die im bisherigen Fünften Abschnitt „Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“ zusammengefassten Leistungs- und Fördertatbestände bleiben mit ihrer spezifischen Zielrichtung, neu gegliedert und strukturiert, gestrafft und mit fachlich angepasster Überschrift, dennoch erhalten, da die spezifischen Entlas-

tungs- und Betreuungsleistungen auch weiterhin für alle Pflegebedürftigen verfügbar sein sollen. Sie tragen als niedrigschwellige Angebote dazu bei, die häusliche Versorgung zu stabilisieren und die Pflegepersonen zu entlasten. Aus dem gleichen Grund werden auch die bisher bestehenden Möglichkeiten zur Förderung entsprechender wohnortnaher Angebote auf Landesebene beibehalten. Abgesehen von der Leistungshöhe für den im neuen Recht „Entlastungsbetrag“ genannten Leistungsbetrag für Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden die materiellrechtlichen Inhalte im Kern nicht verändert.

4.2 Überleitungsregelungen

Im Rahmen der Umstellung auf die fünf neuen Pflegegrade sollen Benachteiligungen für Betroffene, die bereits Leistungen beziehen, durch Überleitungsregelungen möglichst ausgeschlossen werden. Dies wird durch Vorgaben für eine pauschale Überleitung bereits Pflegebedürftiger ohne neue Begutachtung in die neuen Pflegegrade, die Setzung der entsprechenden Leistungsbeträge sowie begleitende Regelungen insbesondere für den stationären Bereich erreicht.

Für die Vergütungsvereinbarungen der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen mit den Kostenträgern sind weitere Auffangregelungen zur Überleitung vorgesehen, sofern bis zum Umstellungszeitpunkt keine neuen Vereinbarungen verhandelt wurden.

4.3 Neugestaltung der rentenversicherungsrechtlichen sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die rentenversicherungsrechtliche Absicherung der Pflegepersonen wird grundlegend neugestaltet. Die Neugestaltung ist zwingende Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, da der ausschließliche Anknüpfungspunkt des Zeitaufwands der pflegenden Angehörigen für pflegerische Verrichtungen wegfällt. Die soziale Pflegeversicherung entrichtet derzeit für pflegebedürftige Angehörige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, wenn diese wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen, nicht bereits eine Vollrente wegen Alters beziehen und eine Erwerbstätigkeit den Umfang von 30 Wochenstunden nicht überschreitet. Nach der neuen Regelung wird entscheidend sein, ob die Pflege regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche erfolgt, welchem Pflegegrad die pflegebedürftige Person zugeordnet ist und welcher prozentuale Anteil der Pflege auf die Pflegeperson entfällt. Dabei gilt auch weiterhin, dass Beiträge zur Rentenversicherung nicht entrichtet werden, wenn die Pflegeperson eine Vollrente wegen Alters bezieht oder eine Erwerbstätigkeit von mehr als 30 Stunden in der Woche ausübt. Eine weitere wesentliche Neuerung ist, dass für die Bemessung der Rentenbeiträge im höchsten Pflegegrad 5 künftig von bis zu 100 Prozent der Bezugsgröße ausgegangen wird. Wegen des vergleichsweise geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die rentenrechtliche Absicherung nicht für Pflegepersonen geöffnet, die Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 pflegen.

Darüber hinaus hat der neue Pflegebegriff Auswirkungen auf die Einbeziehung der Pflegepersonen in die Arbeitslosen- und Unfallversicherung.

5. Weitere Regelungsschwerpunkte

Auch in weiteren wichtigen Bereichen der Pflegeversicherung werden Neuregelungen von grundsätzlicher Bedeutung getroffen, die den von den Expertenbeiräten und der Fachwelt identifizierten Anpassungsbedarf aufgreifen. Hervorzuheben sind im Einzelnen folgende Bereiche:

– Verbesserung der Beratung

  Für die Pflegeberatung werden im Rahmen einer Richtlinie Mindestvorgaben zur Vereinheitlichung des Verfahrens, zur Durchführung und zu den Inhalten durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung mit breiter Beteiligung der Fachkreise gemeinsam und einvernehmlich erarbeitet (§ 17 Absatz 1a). Aufgrund des engen Sachzusammenhanges

werden die bislang in § 92c vorgesehenen Rahmenvorgaben zur Beratung in und durch Pflegestützpunkte nahezu unverändert mit denen nun in den §§ 7ff. stringenter gefassten Aufgaben und Verpflichtungen an die Auskunft (§ 7), die Beratung und Unterrichtung (§§ 7a, 7b und 7c) durch die Pflegekassen oder Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zusammengeführt.

Die Transparenz und Vergleichbarkeit des pflegerischen Angebots auf örtlicher Ebene wird durch nutzerfreundliche Internet-Angebote der Pflegeversicherung verbessert. Um deren Vollständigkeit zu gewährleisten, werden auf Landesebene Rahmenvereinbarungen über die Zusammenarbeit in der Beratung eingeführt, in denen verbindliche Regelungen zu Informationsflüssen vereinbart werden. Auf deren Grundlage können beispielsweise die Länder bzw. die Kommunen der Pflegeversicherung umfassende und regelmäßige Übersichten etwa zu zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsangeboten zur Verfügung stellen.

Zur Gewinnung von Erkenntnissen über die Wirksamkeit und Entwicklung der Pflegeberatung (§§ 7a, 7b und 7c) und der Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 3 bis 8) erhält der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine dreijährliche Berichtspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (§ 7a Absatz 9). Im Zusammenhang mit der Verbesserung der Beratung ist auch auf die Neuregelungen in § 37 hinzuweisen. Am Charakter der Regelung als Grundlage für individuelle Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern soll festgehalten werden. Allerdings soll dem vielfach geäußerten Anliegen Rechnung getragen werden, die Qualität der Beratung zu verbessern. Es soll daher sichergestellt werden, dass die bislang noch nicht beschlossenen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 5 nunmehr zum Abschluss gebracht werden.

– Personalbemessung in stationären Einrichtungen

  Im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind von den Vereinbarungspartnern der Landesrahmenverträge insbesondere die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen zu überprüfen und anzupassen. Dabei sind insbesondere bereits vorliegende Untersuchungen und Erfahrungswerte sowie handlungsleitende Verfahrensabsprachen zu berücksichtigen. Die Ausgestaltung der personellen Ausstattung in Pflegeeinrichtungen richtet sich nach den konkreten Gegebenheiten vor Ort und liegt bei den beteiligten Vereinbarungspartnern auf Einrichtungsebene. Um den heterogenen Bedürfnissen der verschiedenen Pflegeeinrichtungen in der Breite Rechnung zu tragen, hat der Gesetzgeber keine starren Personalschlüssel vorgegeben. So können die unterschiedlichen Personalbedarfe besser berücksichtigt werden. Diese können sich unter anderem aus der Konzeption der einzelnen Pflegeeinrichtung ergeben, die einen höheren Arbeits- bzw. Personalaufwand erfordern.

– Weiterentwicklung der Regelungen zur Qualitätssicherung

  Die wesentlichen Neuregelungen im Bereich der Qualitätssicherung und -darstellung zielen einerseits auf eine umfassende Neustrukturierung der Entscheidungsstrukturen ab. Kern ist die Umgestaltung der bisherigen Schiedsstelle zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss, der von einer auch wissenschaftlich qualifizierten Geschäftsstelle unterstützt wird. Die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken dabei beratend mit. Insbesondere durch die Möglichkeit der Erweiterung des Qualitätsausschusses um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder werden die Voraussetzungen geschaffen für eine strukturierte und ergebnisorientierte Handlungsweise in der Selbstverwaltung. Die Einrichtung der qualifizierten Geschäftsstelle trägt wesentlich zur fachlichen Verstetigung der Behandlung der Themen Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung bei.

Die dadurch auf neue Grundlagen gestellten Entscheidungsverfahren der Vertragsparteien nach § 113 werden andererseits durch gesetzlich konkretisierte und mit Fristen versehene Aufträge zur Entwicklung eines neuen wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Messung und Darstellung von Qualität – insbesondere der Ergebnisqualität – in stationären Pflegeeinrichtungen (bis Ende 2017), aber auch für die ambulante Pflege und für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen inhaltlich gefüllt.

– Umsetzung von Maßnahmen der Allianz für Demenz

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz setzt mit der Verbesserung der Beratungsstrukturen, dem neuen Begutachtungsassessment, den Verbesserungen im Leistungsrecht und weiteren der oben aufgeführten Regelungen außerdem wesentliche Maßnahmen des nationalen Aktionsprogramms „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ um, die im Rahmen der Allianz für Menschen mit Demenz am 15. September 2014 vereinbart worden sind.

III. Alternativen

Keine.

Bei einem Verzicht auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs können die vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in 2009 identifizierten und vom Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in 2013 bekräftigten Probleme und die fachliche Kritik am bestehenden Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht gelöst werden. Es bliebe bei der verrichtungsbezogenen und defizitorientierten Ausrichtung des bisherigen Begutachtungsinstruments und der fachlich nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung zwischen Pflegebedürftigen mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen und solchen mit vorrangig psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen bzw. mit so genannter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur Sozialversicherung beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ergibt sich aus Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes in Verbindung mit Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes. Eine bundesgesetzliche Regelung zur Wahrung der Wirtschaftseinheit ist erforderlich, da die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung ihre Tätigkeit in der Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich kaum sinnvoll durchzuführen. Bundeseinheitliche Regelungen sind auch deswegen erforderlich, weil im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bundeseinheitlich Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vergleiche § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Pflegekassen sollen nicht mehr regelhaft, sondern nur noch auf Anforderung Ausdrucke der Leistungs- und Preisvergleichlisten an die Pflegebedürftigen abgeben. Diese Listen sollen im Internet einsehbar sein. Beides verringert den Verwaltungsaufwand.

Infolge der Richtlinie nach § 17 Absatz 1a Elftes Buch, mit der einheitliche Maßstäbe und Gründsätze für die Pflegeberatung nach § 7a Elftes Buch vorgegeben werden, wird sich auch die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Durchführung der Beratungstätigkeiten durch eine abgestimmte Vorgehensweise und Organisation der Abläufe aller Beratungspersonen verbessern.

Durch die Rahmenverträge auf Landesebene nach § 7a Absatz 7 Elftes Buch wird die Zusammenarbeit zwischen den örtlichen Stellen, die den Auftrag zur Pflegeberatung haben, strukturell verbessert, Doppelstrukturen werden abgebaut bzw. von vornherein vermieden.

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des neuen Begutachtungsinstruments werden bisher getrennt geregelte Aspekte der Pflegebedürftigkeit in einem einheitlichem Begutachtungsverfahren zusammengeführt. Eine gesonderte Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a Elftes Buch ist nicht mehr notwendig. Ebenso werden die sog. Härtefall-Regelung (§ 43 Absatz 3 Elftes Buch) und die damit verbundene Härtefall-Richtlinie hinfällig.

Da die Grundlage bei den bisherigen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen für die bisherige Unterscheidung zwischen Grundbetrag und erhöhtem Betrag – nämlich die Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu den vorliegenden Schädigungen und Fähigkeitsstörungen im Sinne des bisherigen § 45a Elftes Buch – entfällt, wird nunmehr allen Anspruchsberechtigten ein einheitlicher Entlastungsbetrag gewährt.

In den Bemessungsgrundsätzen nach § 84 Elftes Buch für die Vergütung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie bei der Berechnung des Heimentgelts wird künftig nicht mehr in drei Pflegeklassen eingeteilt, da sich diese in der Praxis weitestgehend mit den Pflegestufen decken. Stattdessen wird eine Einteilung nach den zugrunde gelegten Pflegegraden entsprechend des Versorgungsaufwandes vorgenommen.

Die Harmonisierung des Auskunftsanspruchs der Versicherten (§ 108 Elftes Buch) mit der entsprechenden Regelung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 305 Fünftes Buch) verringert den Verwaltungsaufwand.

Mit der Umgestaltung der bisherigen Schiedsstelle zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss mit eingebautem Konfliktlösungsmechanismus werden zügige Entscheidungen der Selbstverwaltungspartner ohne langwierige Schiedsstellenverfahren ermöglicht. Die Entscheidungsabläufe werden dadurch gestrafft und vereinfacht sowie die Qualitätsorientierung in der ambulanten und stationären Pflege gestärkt.

Die Geltungsdauer der Sonderregelungen §§ 123, 124 Elftes Buch ist ausdrücklich an die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geknüpft worden. Somit können diese Regelungen entfallen.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Die Nationale Nachhaltigkeitsstrategie fordert in Managementregel (1) „Jede Generation muss ihre Aufgaben selbst lösen und darf sie nicht den kommenden Generationen aufbürden. Zugleich muss sie Vorsorge für absehbare zukünftige Belastungen treffen“. Des Weiteren verlangt Managementregel (9) „Um den sozialen Zusammenhalt zu stärken, sollen… notwendige Anpassungen an den demografischen Wandel frühzeitig in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft erfolgen… .“ Beiden Managementregeln wird durch die Regelungen dieses Gesetzesvorhabens Rechnung getragen. Unter der Annahme unveränderter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 von derzeit 2,7 Millionen auf etwa 3,5 Millionen und in den darauf folgenden zwei Jahrzehnten auf über vier Millionen ansteigen. Dies führte unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen zu steigenden Beitragssätzen, daher wurden schon im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes durch die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds die aufgrund der demografischen Entwicklung im Zeitverlauf deutlich steigenden Leistungs-

ausgaben gerechter auf die Generationen verteilt und künftige Generationen von steigenden Pflegeversicherungsbeiträgen teilweise entlastet.

Neben der Gesamtzahl Pflegebedürftiger steigt auch die Zahl der an Demenz erkrankten Personen weiter an. Um dieser wachsenden Herausforderung Rechnung zu tragen, hat die Bundesregierung im Rahmen der nationalen Demografiestrategie die Allianz für Menschen mit Demenz 2012 ins Leben gerufen. Hierzu wurde eine Vielzahl von konkreten Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen für die Betroffenen vorgesehen. Es geht darum, die Lebenssituation von an Demenz erkrankten Personen und ihren Angehörigen nachhaltig zu verbessern, Schutz und Teilhabe gleichermaßen zu gewährleisten und die soziale Inklusion zu sichern.

Zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit des Systems wird gewährleistet, dass die zeitliche Reichweite des in 2017 geltenden Beitragssatzes noch etwas weiter ist, wie dies ohne Reformen – also ohne Leistungsausweitungen und Beitragssatzanhebungen (Erstes Pflegestärkungsgesetz und Zweites Pflegestärkungsgesetz) – für den 2014 gültigen Beitragssatz der Fall gewesen wäre. Sie reicht bis ins Jahr 2022 hinein.

Die durch die Pflegestärkungsgesetze bewirkten Ausgabensteigerungen und die damit verbundenen Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige als Nachfrager schlagen sich im zusätzlichen Angebot, z. B. in Form von ambulanten Dienstleistungen im Pflegesektor, nieder, so dass sich der Anteil pflegebezogener Leistungen am Bruttoinlandsprodukt erhöht.

Durch die Stärkung der häuslichen Pflege mit vielfältigen Maßnahmen fördert das Gesetz das Zusammenleben und die gegenseitige Unterstützung der Generationen.

Über zusätzliche Möglichkeiten wie niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, die dabei helfen, Pflegebedürftige und Pflegepersonen im Alltag zu unterstützen, sowie Pflegekurse wird das zivilgesellschaftliche Engagement z. B. über das Ehrenamt gefördert. Diese Angebote zur Unterstützung im Alltag werden auch Personen im Pflegegrad 1 zur Verfügung gestellt, so dass eine Ausweitung des davon profitierenden Personenkreises erfolgt. Die entsprechenden Erweiterungen des Gesetzes stärken ebenso die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, indem z. B. die Angehörigen von Pflegebedürftigen nicht nur durch zusätzliche Dienstleistungen und pflegefachliche Beratung Unterstützung finden, sondern auch weil für berufstätige Pflegende eine Erwerbstätigkeit neben der Pflegetätigkeit einfacher aufrecht zu halten ist.

Durch das Vorhaben wird das vorhandene Pflegepotenzial stärker ausgeschöpft, da die Angehörigenpflege auch durch Leistungsverbesserungen flankiert und somit der Entschluss erleichtert wird, persönlich Verantwortung in der Pflege zu übernehmen.

Durch die Straffung der Entscheidungsstrukturen der Vertragsparteien in allen Qualitätsfragen, die Sicherstellung der kontinuierlichen Heranziehung wissenschaftlicher Expertise und die Hinwendung auf die Messung und Darstellung von Indikatoren der Ergebnisqualität werden die Voraussetzungen für eine konsequente Qualitätsorientierung der Leistungserbringer geschaffen und der Qualitätswettbewerb gestärkt. Eine höhere Qualität der Versorgung führt mittel- bis langfristig zu einer wirtschaftlicheren Verwendung der Mittel und zu mehr Nachhaltigkeit im Bereich der pflegerischen Versorgung.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

3.1 Bund

Im Bereich der Beihilfe ergeben sich für den Bundeshaushalt aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen Mehraufwendungen von rund 39 Millionen Euro für 2017 und für die Folgejahre rund 25 Millionen Euro. Dazu kommen einmalige Überleitungs- und Bestandsschutzkosten von rund 45 Millionen Euro über einen Zeitraum von vier Jahren. Davon entfallen jeweils rund 30 Prozent auf die unmittelbare Bundesverwaltung und das Bundeseisenbahnvermögen und rund 40 Prozent auf die Postbeamtenversorgungskasse.

In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Aufgrund der Beitragssatzerhöhung ist der Bund in seiner Funktion als Arbeitgeber geringfügig belastet (rund 6 Millionen Euro jährlich). Zusätzlich entstehen ihm für die Übernahme der Beiträge für Bezieher von Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben von rund 70 Millionen Euro jährlich. Auch bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII entstehen dem Bund infolge der vollständigen Erstattung der Nettoausgaben durch die Beitragssatzanhebung Mehrausgaben von etwa 13 Millionen Euro.

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte beim Arbeitnehmer führt durch ihre steuerliche Wirkung und infolge des dadurch höheren Sonderausgabenabzugs zu Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer (einschließlich Solidaritätszuschlag) von 140 Millionen Euro.

3.2 Länder und Gemeinden

Bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen ergeben sich für die öffentlichen Haushalte der Länder und Gemeinden im Bereich der Beihilfe für 2017 Mehrausgaben von rund 71 Millionen Euro. Dazu kommen einmalige Überleitungs- und Bestandsschutzkosten von rund 85 Millionen Euro über einen Zeitraum von vier Jahren. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Aufgrund der Beitragssatzerhöhung sind die Länder und Gemeinden in ihrer Funktion als Arbeitgeber mit rund 78 Millionen Euro jährlich belastet.

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte beim Arbeitnehmer führt infolge des höheren Sonderausgabenabzugs bei der Einkommensteuer (einschließlich Solidaritätszuschlag) zu Mindereinnahmen von 121 Millionen Euro bei den Ländern und 43 Millionen Euro bei den Gemeinden.

Durch die Anhebung der Leistungsbeträge und die Erweiterung des nach § 43a anspruchsberechtigten Personenkreises ergeben sich für die Träger der Sozialhilfe Entlastungen von rund 330 Millionen Euro jährlich gegenüber dem geltenden Recht; davon entfallen rund 250 Millionen Euro auf die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Diese Einsparungen kommen den Ländern und Kommunen zugute. Für die Träger der Kriegsopferfürsorge (Anteil: Bund 80 Prozent, Länder 20 Prozent) ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge geringe nicht bezifferbare Minderausgaben gegenüber dem geltenden Recht. Dem stehen im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) für Leistungsempfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII Kosten aus der Beitragssatzanhebung in Höhe von etwa zwei Millionen Euro gegenüber.

3.3 Soziale Pflegeversicherung

Dieses Gesetz hat folgende Auswirkungen auf die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung:

1. Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Beitragssatzpunkte zum 1. Januar 2017 führt zu Mehreinnahmen von rund 2,5 Milliarden Euro. Bis zum Jahr 2020 steigen die Mehreinnahmen voraussichtlich auf rund 2,7 Milliarden Euro. Langfristig steigt der Betrag entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.
2. Die im folgenden beschriebenen Finanzwirkungen basieren im Wesentlichen auf der gegenüber dem bisherigen Pflegestufensystem einschließlich der Feststellung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) veränderten Pflegebedürftigkeitsbegriff, der in Zukunft zur Verteilung der Pflegebedürftigen auf Pflegegrade statt auf Pflegestufen führt. Das System der Pflegegrade unterscheidet sich grundsätzlich von den Pflegestufen durch die Einführung eines Neuen

Begutachtungsassessments (NBA) mit neuen Modulen, Gewichtungen der Module, Schwellenwerten und der Festlegung von Gesamtpunktwerten.

Die Festlegung der ambulanten Geld- und Sachleistungsbetrage für die Pflegegrade 2 bis 5 führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 1,59 Milliarden Euro.

Die Festlegung der vollstationären Sachleistungsbeträge führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 210 Millionen Euro.

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden etwa 60 000 Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen mehr als bisher als pflegebedürftig (Pflegegrad 2 bis 5) anerkannt. Hierdurch ergeben sich Mehrausgaben von rund 250 Millionen Euro.

Die Änderung der Berechnungsgrundlage für die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen führt zu Mehrausgaben von rund 390 Millionen Euro.

Die Gewährung von einheitlich 125 Euro monatlich zur Finanzierung zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 415 Millionen Euro. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dieser Betrag auch in Pflegegrad 1 gewährt wird. Für diesen Personenkreis ergeben sich durch die Gewährung von Ansprüchen auf Hilfsmittel, Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen und Wohngruppenzuschläge weitere Mehrausgaben von rund 130 Millionen Euro.

Die Neufestlegung der Leistungsbeträge für die Verhinderungspflege durch nahe Angehörige bzw. Haushaltsmitglieder führt zu Mehrausgaben von rund 180 Millionen Euro.

Die Neufestlegung der Leistungsbeträge für die Tages- und Nachtpflege führt zu Mehrausgaben von rund 95 Millionen Euro.

Die Umwandlung des Vergütungszuschlages für zusätzliche Betreuungsangebote in voll- und teilstationären Einrichtungen in einem Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen führt zu Mehrausgaben von rund 120 Millionen Euro.

Die Dynamisierung der Leistungsbeträge für Wohngruppenzuschlag und häusliche Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund fünf Millionen Euro.

Die Kosten der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses sowie der durchzuführenden wissenschaftlichen Aufträge betragen rund 750.000 Euro jährlich.

Aufgrund der Mehreinnahmen und Mehrausgaben erhöht sich die von den Pflegekassen an die Krankenkassen zu zahlende Verwaltungskostenpauschale im Jahr 2017 um rund 145 Millionen Euro. Infolge der Absenkung des Verwaltungskostenfaktors nach § 46 Absatz 3 ab 2018 reduzieren sich diese Mehrausgaben um rund 90 Millionen Euro. Die von der Kranken- und der Pflegeversicherung jeweils hälftig zu tragenden Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung steigen infolge vermehrten Antragsanfalls um etwa 60 Millionen Euro.

Die für das Jahr 2018 vorgesehene Leistungsdynamisierung wird über die Festlegung der Leistungsbeträge in die Reform integriert. Daraus ergeben sich gegenüber einer Fortgeltung des derzeitigen Rechts ab 2018 Minderausgaben von rund 1,4 Milliarden Euro jährlich.

Zusammen mit weiteren Wechselwirkungen bei den übrigen Leistungen ergeben sich insgesamt durch die Änderungen im Leistungsrecht folgende dauerhafte Gesamtwirkungen für die soziale Pflegeversicherung:

	Mehrausgaben in Milliarden Euro			
	2017	2018	2019	2020
alle Veränderungen im Leistungsrecht zusammen	3,74	2,48	2,41	2,42

Durch die Überleitung der Pflegebedürftigen von den Pflegestufen auf die Pflegegrade entstehen einmalige Überleitungskosten von insgesamt 3,6 Milliarden Euro im Zeitraum von vier Jahren. Hinzu kommen einmalige Bestandsschutzkosten im vollstationären Bereich von 0,8 Milliarden Euro.

Die zeitliche Reichweite des Beitragssatzes von 2,55 Prozent geht bis ins Jahr 2022 hinein. Sie liegt damit über der Reichweite, die sich mit dem bis 2014 geltenden Beitragssatz ohne die Maßnahmen der beiden Pflegestärkungsgesetze ergeben hätte (Ende 2020).

3.4 Krankenversicherung

Für die Gesetzliche Krankenversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund acht Millionen Euro für Beiträge aus Krankengeld.

3.5 Rentenversicherung

In der Gesetzlichen Rentenversicherung kommt es aufgrund der Änderung der Berechnungsgrundlage für die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen zu Mehreinnahmen im Umfang von 390 Millionen Euro. Dem stehen langfristig entsprechend höhere Rentenausgaben gegenüber.

Für die Gesetzliche Rentenversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund zwei Millionen Euro für Beiträge aus Übergangsgeld.

3.6 Arbeitslosenversicherung

Für die Bundesagentur für Arbeit entstehen durch die Beitragsatzerhöhung Mehrausgaben von rund 40 Millionen Euro jährlich. Dem stehen nicht quantifizierbare Mehreinnahmen durch einen Aufwuchs sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in Folge der Mehrausgaben für Sachleistungen gegenüber.

Als Arbeitgeber entstehen der Bundesagentur für Arbeit durch die Erhöhung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung Mehrkosten bei den Personalausgaben (Personal nach dem Zweiten und Dritten Buch Sozialgesetzbuch) in Höhe von rund drei Millionen Euro.

3.7 Unfallversicherung

Für die Gesetzliche Unfallversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 1,5 Millionen Euro für Beiträge aus Übergangs- und Verletztengeld.

4. Erfüllungsaufwand

Bei der Berechnung des Erfüllungsaufwands sowie der Be- und Entlastungseffekte wurde der Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamtes (Stand: Oktober 2012) zugrunde gelegt. Dies gilt insbesondere für die Ausführungen zu den Zeitwerten mit Hilfe von typisierenden ex-ante Angaben sowie für die Lohnkostentabellen der Wirtschaft (Wirtschaftsabschnitte K, O und Q) und der Verwaltung.

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

§ 18 Absatz 6a SGB XI.

Die Regelung dient insbesondere der Vereinfachung im Antragsverfahren zwischen Versicherten und Pflegekasse sowie der privaten Krankenversicherung (PKV) und unterstützt die Entbürokratisierung des Verfahrens.

Es entstehen Entlastungen beim Bürger in Höhe von einer Stunde je Antrag. Dies betrifft rund 278 600 Anträge jährlich, insgesamt ergibt sich also eine Entlastung in Höhe von

278 600 Stunden. Für den Bereich der Wirtschaft (PKV) sind das rund 98 600 und für die Verwaltung (Pflegekasse) rund 180 000 Anträge.

§ 28a in Verbindung mit §§ 36, 37, 38a, 40, 43 oder 45b SGB XI

Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 erhalten überwiegend erstmals Leistungen nach den §§ 36, 37, 38a, 40, 43 oder 45b SGB XI. Die Leistungen sind zu beantragen. Insgesamt führt dies zu einem Erfüllungsaufwand von rund 950 400 Euro und rund 297 000 Stunden im Jahr (594 000 Anträge pro Jahr, 30 Minuten pro Antrag plus sonstige Kosten in Höhe von 1,60 Euro pro Fall).

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht somit im Saldo ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 18 400 Stunden und ein Sachaufwand in Höhe von rund 950 000 Euro.

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 2,3 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 1,05 Millionen Euro, davon rund 390 000 Euro Bürokratiekosten aus drei Informationspflichten (IP). Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 300 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 8 000 Euro, zudem entsteht eine einmalige Entlastung über zwei Jahre in Höhe von rund drei Millionen Euro. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 750 000 Euro jährlich.

Insgesamt entsteht der Wirtschaft im Saldo eine jährliche Belastung in Höhe von rund 300 000 Euro. Die Bundesregierung wird die Erfüllung der als 'one in, one out'-Regel beschlossenen Vorgaben außerhalb dieses Vorhabens realisieren.

Hinsichtlich des einmaligen Erfüllungsaufwandes kommt es im Saldo zu einer Entlastung von rund 400 000 Euro.

Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund vier Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 13,6 Millionen Euro. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 6 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 11 000 Euro, wobei zudem eine einmalige Entlastung über zwei Jahre in Höhe von rund 17,5 Millionen Euro entsteht. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 26 000 Euro jährlich.

Im Saldo entsteht für die Verwaltung eine jährliche Belastung in Höhe von rund 13,6 Millionen Euro.

Hinsichtlich des einmaligen Erfüllungsaufwandes kommt es im Saldo zu einer Entlastung von rund 13,5 Millionen Euro.

Nachfolgend ist der Erfüllungsaufwand von Verwaltung und Wirtschaft in einer Tabelle dargestellt:

Erfüllungsaufwand von Verwaltung und Wirtschaft*)

A. Änderung bestehender Vorgaben

Lfd. Nr.	Vorschrift	Vorgabe	Aufwand pro Fall (in Stunden, wenn nichts anderes angegeben)	Fallzahl	Lohnkosten in Euro	Jährlicher Aufwand der **Verwaltung** in Euro	Einmaliger Aufwand der **Verwaltung** (Umstellungsaufwand) in Euro	Jährlicher Aufwand der **Wirtschaft** (in Euro)	Einmaliger Aufwand der **Wirtschaft** (in Euro)
1	§ 7 Absatz 3 SGB XI (Artikel 1, Nummer 5)	Leistungs- und Preisvergleichsliste - Erweiterung der Angaben - Internetpräsenz	32 6 1	1 1 24	39,00 57,40 39,00		1.200 345 900		
1a	§ 7 Absatz 3 SGB XI (Artikel 1, Nummer 5) Fortschreibung	- " - Fortschreibung				geringfügig			
2	§ 7 Absatz 4 SGB XI (Artikel 1, Nummer 5)	Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbes. zu Art, Inhalt und Umfang, Kosten, regionale Verfügbarkeit, Finanzierung der Übermittlung	16 16	25 Landesverbände Pflegekassen, 16 nach Landesrecht für die Anerkennung der Angebote zuständige Stellen	39,00 35,80		15.600 9.200		
2a	§ 7 Absatz 4 SGB XI (Artikel 1, Nummer 5)	- " - Programmierung	8	Programmierung	39,00		300		

*) Die Tabellen enthalten Rundungsdifferenzen.
**) Bürokratiekosten aus Informationspflichten sind mit „IP“ gekennzeichnet.

2b	§ 7 Absatz 4 SGB XI (Artikel 1, Nummer 5)	- " - Fortschreibung	2 2	25 Landesverbände Pflegekassen, 16 nach Landesrecht für die Anerkennung der Angebote zuständige Stellen	39,00 35,80	2.000 1.100			
2c	§ 7 Absatz 4 SGB XI (Artikel 1, Nummer 5)	- " - Fortschreibung	2	Programmierung	39,00	80			
3	§ 7a Absatz 9 SGB XI (Artikel 1, Nummer 6) in 2020	Bericht über die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und – beratungsstrukturen; Durchführung, Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie Fortentwicklung der Beratungsstrukturen § 37 Absatz 3 bis 8	64 240 90	1 Spitzenverband Bund, 2 Wissenschaftler (Werkverträge)	23,50 39,00 57,40		1.500 9.400 5.200		50.000
3a	§ 7a Absatz 9 SGB XI (Artikel 1, Nummer 6) ab 2023	- " – Folgeberichte 3-Jahres-Rhythmus	48 208 72	- " -	23,50 39,00 57,40	4.450 p.a.		11.700 p.a. (IP)	
4	§ 8 Absatz 4 SGB XI (Artikel 1, Nummer 9)	Finanzierung der Aufträge nach § 113b Absatz 4 und Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6				geringfügig			

5	§ 18 Absatz 3 Satz 8 SGB XI (Artikel 1, Nummer 17)	Jeder Versicherte erhält das Gutachten	Lohn- und Sachkosten je Gutachten 3,95 Euro 407.380 Gutachten p.a. Lohn- und Sachkosten je Gutachten 4,00 Euro 61.614 Gutachten p.a.	Pflegekassen Private Krankenversicherung	39,00 40,00	1,610 Mio.		246.500 (IP)	
6	§ 28a SGB XI i.V.m. §§ 38a, 40, 43 Absatz 3 und 45b SGB XI (Artikel 1, Nummern 23, 30, 34, 40)	Neuzugänge des Pflegegrades 1	20 Minuten 20 Minuten	560.000 34.000	39,00 40,00	7.300.000		453.300	
7	§§ 36 Absatz 3, 37 Absatz 1 Satz 3, 39 Absatz 3 Satz 1, 41 Absatz 2 Satz 3, 43 Absatz 2 und 3, 45b Absatz 1 Satz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummern 27, 28, 31, 32, 34, 40)	Änderung der Leistungsbeträge wegen Neueinführung von Pflegegraden sowie Dynamisierung (Umst.aufw.)	40 (technische Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inf. der Vers.)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294.800		117.600

8	§§ 37 Absatz 2 Satz 2 und 38 Satz 4 SGB XI (Artikel 1, Nummern 28, 29)	Weiterzahlung hälftiges Pflegegeld bei Kurzzeitpflege bis zu 8 Wochen und Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen (Umst.aufw.)	40 (technische Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inf. der Vers.)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294.800		117.600
9	§ 38a Absatz 1 Satz 2 SGB XI (Artikel 1, Nummer 30)	Prüfung MDK, ob die Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann	100 Minuten	408	39,00	26.500			
10	§ 44 Absatz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 37)	Änderung der Anspruchsvoraussetzungen/Beitragshöhen für die Zahlung von RV-Beiträgen für Pflegepersonen (Umst.aufw.)	40 (technische Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inf. der Vers.)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294.800		117.600
11	§ 44 Absatz 1 und Absatz 2a Satz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 37)	Erweiterung des Personenkreises der Pflegepersonen bei den Pflegekassen und Versicherungsunternehmen	18 Minuten 18 Minuten	200.000 12.000	39,00 40,00	2.300.000		144.000	
12	§ 44 Absatz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 37)	Erweiterung des Personenkreises der Beitragszahler bei den Rentenversicherungsträgern	5 Minuten	212.000	39,00	689.000			
13	§ 44 Absatz 2a Satz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 37)	Erweiterung des Personenkreises der Versicherungspflichtigen bei den Unfallversicherungsträgern	5 Minuten	212.000	39,00	689.000			
14	§ 44 Absatz 5 SGB XI (Artikel 1, Nummer 37)	Meldung an Beihilfestellen bei Änderungen in den Verhältnissen	10 Minuten 10 Minuten	5.000 20.000	39,00 40,00	32.500		133.300 (IP)	

15	§ 45b Absatz 1 Satz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 40)	Änderung des bisherigen Grundbetrages und erhöhten Betrages in einheitlichen Entlastungsbetrag (Umst.aufw.)	40 (technische Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inf. der Vers.)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294.800		117.600
16	§ 55 Absatz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 43)	Beitragssatzerhöhung (Umst.aufw.)	40 (techn. Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inform. der Vers.)	126 Pflegekassen	39,00		294.800		
17	§ 84 Absatz 8 SGB XI (Artikel 1, Nummer 46)	Vergütungsrechtliche Umsetzung des § 43b SGB XI	2 (2 Personen je 1 Stunde) 2 (2 Personen je 1 Stunde)	1.990 stationäre Pflegeeinrichtungen	39,00 34,10		155.000		136.000
18	§ 108 Satz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 59)	Auskünfte an Versicherte		Pflegekassen		geringfügig			
19	§ 109 SGB XI (Artikel 1, Nummer 60)	Streichung des Merkmals „Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“				Die Verringerung des Erfüllungsaufwands kann erst im Rahmen der Verordnung genauer bestimmt werden.			

20	§ 113 Absatz 1b SGB XI (Artikel 1, Nummer 62)	Zusammenführung und Bewertung der Daten (Indikatorenmodell)	1,5 Vollzeitstellen (200 Arbeitstage pro Jahr á 8 Stunden) sowie Sachkosten pauschal 20 Prozent der Personalkosten; Einrichten von zwei Standardarbeitsplätzen (je 12.217 Euro)		39,00	112.000	24.000		
21	§ 113b Absatz 6 SGB XI (Artikel 1, Nummer 64)	Einrichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle des Qualitätssausschusses für fünf Jahre	Vier Vollzeitstellen (200 Arbeitstage pro Jahr á 8 Stunden) sowie Sachkosten pauschal 20 Prozent der Personalkosten; Einrichten von vier Standardarbeitsplätzen (je 12.217 Euro)		35,60	273.000	49.000		
22	§ 113b Absatz 7 SGB XI (Artikel 1, Nummer 64)	Vereinbarung einer Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses	80 Stunden		39,00 34,10		3.100		2.700
23	§ 114 Absatz 5 Sätze 4 bis 7 SGB XI (Artikel 1, Nummer 65)	Übernahme der Kosten für Wiederholungsprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen und die private Krankenversicherung, Anträge der Pflegeeinrichtungen sind nicht mehr möglich	2.692 Euro	226		548.000		61.000	

24	Artikel 2 § 2 Absatz 1	Besitzstandsschutz für erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI a.F. besteht nur, wenn nicht insgesamt höhere Leistungen nach neuem Recht (Umst.aufw.)	40 (techn. Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inform. der Vers.)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294.800		117.600
25	Artikel 2 § 2 Absatz 3	Zuschuss zum Eigenanteil in Bestandsfällen bei vollstat. Pflege, wenn dieser nach neuem Recht steigt	40 (techn. Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inform. der Vers.)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294.800		117.600
26	Artikel 2 § 2 Absatz 4	Zahlung von RV-Beiträgen für Pflegepersonen von Versicherten in der ehem. Pflegestufe 0	40 (techn. Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inform. der Vers.)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294.800		117.600
27	Artikel 3 - Übergangsregelung für die stationäre Pflege § 1	Überleitung durch Neuverhandlung (Verfahrensvereinfachung)	96 (6 Personen je 16 Stunden) 176 (11 Personen je 16 Stunden) 8 (2 Personen je 4 Stunden) 8 (2 Personen je 4 Stunden) 2 (2 Personen je 1 Stunde) 2 (2 Personen je 1 Stunde)	16 Bundesländer 2.400 Vereinbarungen 7.350 Vereinbarungen	39,00 34,10 39,00 34,10 39,00 34,10		60.000 749.000 573.000		96.000 655.000 500.000
28	Artikel 3 §§ 2 ff.	Auffangregelung	5 Minuten	3.250 Verfahren	39,00 34,10		10.600		9.200

B. Einführung neuer Vorgaben

Lfd. Nr.	Vorschrift	Vorgabe	Aufwand pro Fall (in Stunden, wenn nichts anderes angegeben)	Fallzahl	Lohnkosten in Euro	Jährlicher Aufwand der **Verwaltung** in Euro	Einmaliger Aufwand der **Verwaltung** (Umstellungsaufwand) in Euro	Jährlicher Aufwand der **Wirtschaft** (in Euro)	Einmaliger Aufwand der **Wirtschaft** (in Euro)
1	§ 18c Absatz 1 SGB XI (Artikel 1, Nummer 19)	Fachliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Begleitgremium)	16 Stunden pro Sitzung (2 Personen an 12 Sitzungen je 8 Arbeitstunden) 24 Stunden pro Sitzung (3 Personen an 12 Sitzungen je 8 Stunden)	2 Bundesverbände Leistungserbringer Spitzenverband Bund der Pflegekassen Bundesverband der Pflegekassen Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	40,00 39,00	11.200		7.700	
2	§ 18c Absatz 2 SGB XI (Artikel 1, Nummer 19)	Wissenschaftliche Evaluation mit Abschlussbericht		Wissenschaftler (Werkvertrag)					300.000
3	§ 114 Absatz 1 Satz 8 SGB XI (Artikel 1, Nummer 65)	Weiterleitung der Angaben der Pflegeeinrichtungen durch die Landesverbände der Pflegekassen an den Verband der Privaten Krankenversicherung	15 Minuten	12	39,00	geringfügig			

4	Artikel 2 § 3 Absatz 1	Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen befristet auf 2 Jahre	2 Stunden pro Gutachten (Vorbereitung, Begutachtung, Nachbereitung, Versendung des Gutachtens)	14 Medizinische Dienste (2 Jahre) Private Krankenversicherung	39,00 40,00		- 8,740 Mio.		 - 1,5 Mio.
5	Artikel 2 § 3 Absatz 2	Erfassung, Aufbereitung und Weiterleitung statistischer Daten zur Anwendung bundeseinheitliche Kriterien für die Klärung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs zur Begutachtung Berichtspflicht	120 Stunden (15 Personen an jeweils 1 Arbeitstag je 8 Stunden) 24 Stunden (1 Person an 3 Arbeitstagen je 8 Stunden)	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und 14 Medizinische Dienste Spitzenverband Bund der Pflegekassen (15 Monate nach Umstellung)	39,00		5.600		

C. Abschaffung bestehender Vorgaben

Lfd. Nr.	Vorschrift	Vorgabe	Aufwand pro Fall (in Stunden, wenn nichts anderes angegeben)	Fallzahl	Lohnkosten in Euro	Jährlicher Aufwand der **Verwaltung** in Euro	Einmaliger Aufwand der **Verwaltung** (Umstellungsaufwand) in Euro	Jährlicher Aufwand der **Wirtschaft** (in Euro)	Einmaliger Aufwand der **Wirtschaft** (in Euro)
1	§ 114 Absatz 4 SGB XI (Artikel 1, Nummer 65)	Wegfall der Anerkennung von Prüfverfahren und unabhängigen Sachverständigen / Prüfinstitutionen	4 Sitzungen, 2 Arbeitstage á 8 Stunden, 8 Mitglieder	4	39,00	- 26.000			
2	§ 114 Absatz 5 Sätze 4 bis 7 SGB XI (Artikel 1, Nummer 65)	Wegfall der Kostenübernahme für Wiederholungsprüfungen durch Pflegeeinrichtungen	2.692 Euro	279				- 751.000	

5. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen Änderungen entsprechend dem Verhältnis der Zahl der Pflegebedürftigen zur sozialen Pflegeversicherung unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen Finanzwirkungen, die rund 3 Prozent der Finanzwirkung für die soziale Pflegeversicherung ausmachen. Dies sind 2017 rund 110 Millionen Euro und in den Folgejahren rund 70 Millionen Euro. Hinzu kommen einmalig 130 Millionen Euro Überleitungs- und Bestandsschutzkosten über einen Zeitraum von vier Jahren.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aufgrund der Anhebung des Beitragssatzes beträgt 2017 etwa 700 Millionen Euro und verändert sich anschließend entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Die Überführung der Regelung für die zusätzlichen Betreuungsangebote in stationären Pflegeeinrichtungen in einen individuellen Leistungsanspruch sowie die Stärkung der Nachfrage nach Pflegeleistungen durch Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises und Anpassung der Leistungsbeträge haben direkte und indirekte Beschäftigungseffekte. Hierdurch ergeben sich Mehreinnahmen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen in diesem Bereich.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind wegen des geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht zu erwarten.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Das Gesetz hat Auswirkungen auf die Verbraucherinnen und Verbraucher. Bei Pflegebedürftigkeit werden sie bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des neuen Begutachtungsinstruments in einen der fünf Pflegegrade übergeleitet. Dabei wird sichergestellt, dass sich niemand schlechter stellt.

Der Anteil von Frauen unter den Pflegebedürftigen ist aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung besonders hoch. Aus diesem Grund sind Frauen von Neuregelungen in der Pflegeversicherung stärker betroffen als Männer, denn die darin enthaltenen Leistungsverbesserungen kommen Frauen in besonderem Maße zugute, einerseits auf der Seite der Pflegebedürftigen und andererseits auch auf der Seite der pflegenden Angehörigen.

Die folgenden Angaben zu Art und Ausmaß der gleichstellungspolitischen Relevanz beruhen auf der Geschäftsstatistik der sozialen Pflegeversicherung zum Jahresende 2014.

Pflegebedürftige Leistungsempfänger nach dem SGB XI:

	Personen - in Millionen -	in Prozent
Pflegebedürftige gesamt	2,57	
- davon Frauen	1,64	64
häuslich versorgte Pflegebedürftige	1,82	
- davon Frauen	1,11	61
stationär versorgte Pflegebedürftige	0,75	
- davon Frauen	0,53	71

Die Mehrheit der Pflegenden sind Frauen: in stationären Pflegeeinrichtungen sind 85 Prozent, in ambulanten Pflegediensten 87 Prozent der Beschäftigten. Auch in der Pflege Zuhause durch Angehörige, stellen Frauen den Großteil mit 72 Prozent (vgl. Infratest-Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ von 2011).

VII. Befristung; Evaluation

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, insbesondere die Maßnahmen und Ergebnisse der Vorbereitung und Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, soll begleitend wissenschaftlich evaluiert werden. Die Ergebnisse der Evaluation sollen drei Jahre nach der Umstellung veröffentlicht werden.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsverzeichnis)

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, mit denen die Inhaltsübersicht an die geänderten Regelungen angepasst wird.

Zu Nummer 2 (§ 1)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Nummer 3 (§ 2)

Die Ergänzung des § 2 Absatz 1 Satz 2 trägt dem Umstand Rechnung, dass § 28 Absatz 4 aufgehoben wird, gleichzeitig aber klargestellt werden soll, dass Pflege – auch und gerade unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – aktivierend zu erbringen ist.

Zu Nummer 4 (§ 4)

Durch § 4 werden Art und Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung beschrieben. Da das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit nunmehr auch dem Leistungsrecht der Pflegeversicherung zugrunde liegt, ist es unumgänglich, die entsprechende Einführungsnorm im Einführungskapitel, die auf dem bisher geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff basiert, anzupassen. Entsprechend der bisherigen Systematik der Norm wird Absatz 1 mit der Definition von häuslicher Pflegehilfe im Sinne des neuen § 36 Absatz 1 Satz 1 parallelisiert.

Eine Anpassung des Absatzes 2, der die Leistungsinhalte im Bereich der teil- und vollstationären Versorgung beschreibt, ist entbehrlich. In diesen Versorgungsbereichen entlastet die Pflegeversicherung im Rahmen ihrer Leistungsbeträge – wie bisher auch – die Pflegebedürftigen von den pflegebedingten Aufwendungen. Insoweit ist zu beachten, dass sich mit der Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit zugleich der Inhalt des Begriffs der „pflegebedingten Aufwendungen“ ändert. Er erstreckt sich künftig auch auf die Betreuung. Dies wird bei der Neuausrichtung der einschlägigen Leistungsnormen für teil- und vollstationäre Pflege berücksichtigt (vgl. die §§ 41 Absatz 2 Satz 1 und 43 Absatz 2 Satz 1).

Zu Nummer 5 (§ 7)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a. Aufgabe der Pflegekassen nach dem hier geänderten § 7 sind jetzt Aufklärung und Auskunft der Versicherten. Diese Aufgaben können auch durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen ohne Qualifikation als Pflegeberaterin bzw. Pflegeberater im Sinne von § 7a wahrgenommen werden.

Zu Buchstabe b

Siehe die Begründung zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Siehe die Begründung zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Verpflichtung der Pflegekasse zum Hinweis auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den Pflegestützpunkt nach § 7c sowie zur Übermittlung der Leistungs- und Preisvergleichsliste erhält einen neuen Standort in § 7 Absatz 2. Zudem wird die Pflicht der Pflegekasse zur Aushändigung einer Leistungs- und Preisvergleichsliste an Antragsteller auf die Fälle beschränkt, in denen der Pflegebedürftige einen entsprechenden Ausdruck anfordert. Die Pflegekasse kann ansonsten den Antragstellenden auf entsprechende Internet-Veröffentlichungen der Landesverbände der Pflegekassen hinweisen. Klargestellt werden darüber hinaus die Informationsrechte des Versicherten bei Teilnahme an integrierten Versorgungsformen gegenüber ihrer zuständigen Pflegekasse, indem diese auch solche Festlegungen den Versicherten durch eine Internet-Veröffentlichung zugänglich macht oder in geeigneter Form auf Nachfrage zukommen lässt (siehe auch §§ 92b Absatz 3, 140a Absatz 2 und 3 des Fünften Buches).

Zu Buchstabe d

Die Vorschrift wird zur besseren Lesbarkeit neu gefasst. Die bisher in § 7 Absatz 3 Satz 4 und 6 enthaltenen Vorschriften zur Pflegeberatung werden mit den Vorschriften zur Pflegeberatung in § 7a zusammengeführt, die durch besonders qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater erfolgt (vgl. § 7a Absatz 3 Satz 2 und 3). Die bereits nach geltendem Recht durch die Landesverbände der Pflegekassen zu erstellenden Leistungs- und Preisvergleichslisten sollen zukünftig auf der Internetseite des jeweiligen Verbands veröffentlicht werden. Sie sind den zuständigen Pflegekassen durch die Landesverbände zugänglich zu machen. Auch der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. erhält die Angaben, die auch für die Pflegeberatung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach § 7a Absatz 5 erforderlich sind. Dies wird auch vorgesehen für die Veröffentlichungen der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 115 Absatz 1a sowie der Informationen nach § 115 Absatz 1b, da diese Angaben für die Versicherten von großer Bedeutung sind für die Wahrnehmung ihres Rechts auf freie Wahl der Pflegeeinrichtung (§ 2). Neu eingeführt wird die Verpflichtung, in die bisherigen Leistungs- und Preisvergleichslisten auch konkrete Informationen zu Angebot, Kosten und regionaler Verfügbarkeit für zugelassene Pflegeeinrichtungen sowie für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach Maßgabe von § 45a Absatz 1 bis 3 – neu – aufzunehmen, wobei letztere auf Grund von Vereinbarungen nach Absatz 4 von den nach Landesrecht für die Anerkennung dieser niedrigschwelligen Angebote zuständigen Stellen in einem vereinbarten technischen Standard zu übermitteln sind. Eine Vernetzung mit bereits bestehenden, unabhängigen Datenbanken, wie z. B. mit der so genannten Weißen Liste oder von Kassenverbänden bereits etablierten Informationsportalen sollte angestrebt werden.

Zu Buchstabe e

Der Umfang und die zeitnahe Verfügbarkeit von Informationen über niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, die im Umfeld erreichbar sind, soll verbessert werden, um es den Anspruchsberechtigten zur erleichtern, ihr Wahlrecht nach § 2 Absatz 2 auf Inanspruchnahme dieser Leistungen wahrzunehmen. Die damit einhergehende Überschaubarkeit des im regionalen Umfeld erreichbaren Angebotes für pflegerische und betreuerisch bzw. entlastend ausgerichtete Hilfen und Unterstützungen ist auch für pflegende Angehörige von hoher Bedeutung. Gleichzeitig fördert die angestrebte Veröffentlichung

einer Leistungs- und Preisvergleichsliste auch den Wettbewerb zwischen den verschiedenen Angeboten. Die Übermittlung der Angaben zu Leistungen und Kosten soll in gemeinsamen Vereinbarungen zwischen den nach Landesrecht für die Anerkennung dieser Angebote zuständigen Stellen und den Landesverbänden der Pflegekassen erfolgen. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen soll die Zusammenführung der Angaben im Rahmen einer elektronischen Datenübermittlung erfolgen, wofür sich die Vertragsparteien insbesondere über die technischen Standards vereinbaren sollen. Da die Bereitstellung der Angaben den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung unterstützt, kann sich die Pflegeversicherung aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung des Verfahrens beteiligen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 können Träger weiterer Angebote, die für die Versorgung Pflegebedürftiger und ihre Angehörigen von Bedeutung sind, an der Vereinbarung beteiligen, sofern diese Träger die Angaben zu Art, Inhalt und Umfang ihres Angebotes, Kosten und örtlicher Verfügbarkeit unentgeltlich im Wege der elektronischen Datenübermittlung in dem dafür vorgesehenen technischen Standard bereitstellen können. In diesem Falle sind die Angaben auch in die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3 Satz 3 aufzunehmen.

Zu Nummer 6 (§ 7a)

Eine umfassende Information und Beratung der Versicherten – möglichst durch eine Person oder Stelle ihres Vertrauens – ist eine immer wichtiger werdende Voraussetzung für eine an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen orientierte Unterstützung, Pflege und Betreuung. Dabei kommt es nicht alleine auf die Breite des vermittelten Wissens an, wichtig ist, dass die Betroffenen in die Lage versetzt werden, aus den verschiedensten Angeboten unterschiedlicher Träger die für sie am besten passenden nach ihren Bedarfen und Wünschen zusammenstellen zu können.

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe aa

Ratsuchenden Leistungsbeziehern sollen die Pflegekassen vor Ort schnell und unbürokratisch feste Ansprechpartner für eine individuelle Beratung benennen (vgl. § 17 des Ersten Buches) – seien es die zuständigen Pflegeberater und Pflegeberaterinnen oder sonstige Beratungsstellen, die entsprechend Hilfe und Unterstützung bei Auswahl und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne eines Fallmanagements künftig auf Basis der in der neuen Richtlinie nach § 17 Absatz 1a festgelegten Verfahrens-, Durchführungs- und inhaltlichen Grundsätze leisten. Vorzugsweise haben sie auch für spätere Rückfragen, zum Beispiel auch telefonischer Art oder für Folgeberatungen bei späteren Antragsstellungen zur Verfügung zu stehen. Eine personelle Kontinuität in der Beratung wird die Begleitung der Betroffenen im Zeitablauf, die Beobachtung des Erfolges des Versorgungsplanes und der darin vorgesehenen Koordinierung unterschiedlichster Leistungsangebote zugunsten der Betroffenen deutlich zu Gute kommen. Weder die Richtlinie nach § 17 Absatz 1a noch die in Absatz 1 weiterhin vorgesehene Systematisierung der Aufgaben dieses Fallmanagements stehen einer unabhängigen und neutralen Beratung entgegen; sie verbessern durch ihre Dienstleistungs- und Verbraucherorientierung sowie die Maßstäbe zur Sicherung von Qualität nur die Wirtschaftlichkeit der vorgesehenen gesetzlichen Beratungsmöglichkeiten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Für die Durchführung der Pflegeberatung werden einheitliche, fachlich fundierte Vorgaben eingeführt, die für alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und sonstige Beratungsstellen, die Pflegeberatungen im Sinne des § 7a durchführen, unmittelbar verbindlich sind. Das Nähere insbesondere zu den Grundsätzen des Verfahrens, der Durchführung und der Inhalte wird in einer Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1a geregelt. Das Gutachten nach § 18 sowie die Empfehlungen nach § 18a sind in die Beratung durch die Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater einzubeziehen, so-

fern die Pflegebedürftigen diese aushändigen. Ziel ist vor allem, neben der Vereinheitlichung auf Bundesebene die Dienstleistungs- und Verbraucherorientierung sowie die Qualität, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der in diesem Buch verankerten Beratungstätigkeiten zu verbessern und Doppelstrukturen damit abzubauen.

Zu den Doppelbuchstaben cc und dd

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater werden verpflichtet, für die von ihnen betreuten ratsuchenden Leistungsbezieher regelmäßig auch die Ergebnisse von Pflegeberatungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 in der eigenen Häuslichkeit darauf hin durchzusehen, ob sich hieraus Anhaltspunkte für einen weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarf zur Stabilisierung der häuslichen Situation ergibt. Bei Vorliegen entsprechender Hinweise sollen sie aktiv eine Beratung anbieten und – auf Wunsch des Versicherten – auf eine Genehmigung von laut Versorgungsplan für notwendig erachteten Maßnahmen durch den jeweils zuständigen Leistungsträger hinwirken.

Zu Doppelbuchstabe ee

Rechtsbereinigung.

Zu Doppelbuchstabe ff

Redaktionelle Folgeänderung der Überführung der Regelungen des § 92c in § 7c – neu –.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Neu eingeführt wird ein Anspruch darauf, dass auch gegenüber den pflegenden Angehörigen, Lebenspartnern und weiteren Personen, sofern der Anspruchsberechtigte nach Absatz 1 dem zustimmt, und nicht nur – wie bisher – in deren Beisein die Pflegeberatung im Sinne von Absatz 1 erfolgen kann. Analog zu § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz können nahe Angehörige sein: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen und lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Schwägerinnen und Schwäger, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder. Die Regelung trägt den Bedürfnissen der Lebenswirklichkeit bei einer Versorgung im häuslichen Umfeld Rechnung und erleichtert die rechtzeitige Organisation und Koordinierung der als notwendig erachteten informellen und professionellen Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen im Einzelfall. Auch kann sie einer Überforderung der pflegenden Angehörigen durch die Pflegesituation positiv entgegenwirken. Die übrigen Regelungen in dieser Vorschrift sind bereits geltendes Recht.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass Versicherte Leistungsanträge gegenüber den Pflege- bzw. Krankenkassen bei der für sie zuständigen Pflegeberaterin oder dem zuständigen Pflegeberater stellen können, die sie dann an die jeweils zuständige Bewilligungsstelle übermitteln.

Zu Buchstabe c

Ziel der Änderung ist, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen an den Empfehlungen zur Anzahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie zu ihrer Qualifikation und Fortbildung die Parteien beteiligt, die auch an den Richtlinien zur Vereinheitlichung des Verfahrens, der Durchführung und der Inhalte der Pflegeberatung nach § 17 Absatz 1a mitwirken.

Zu Buchstabe d

Rechtsbereinigung wegen Fristablauf.

Zu Buchstabe e

Durch eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene soll eine strukturierte Zusammenarbeit der die Pflegeberatung im Sinne der Pflegeversicherung durchführenden Personen und Stellen gewährleistet werden. Ziel dieser Zusammenarbeit ist die Verbesserung einerseits des unmittelbaren Informationszugangs und anderseits der Information Pflegebedürftiger und ihrer pflegenden Angehörigen über die örtlich und regional bestehenden Hilfe- und Unterstützungsangebote.

Zu Buchstabe f

Die Änderung in Absatz 8 ist redaktioneller Natur; sie ist Folgeänderung der Überführung der Regelung von § 7 Absatz 4 in den jetzigen § 7a und dient der Rechtsstraffung.

Durch die Regelung in Absatz 9 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit erstmalig zum 30. Juni 2020 und nachfolgend regelmäßig alle 3 Jahre einen Bericht erstens über die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Beratung nach § 7a Absatz 1 bis 5, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c, zweitens über die Durchführung, die Ergebnisse und die Wirkungen der Beratung nach § 37 Absatz 3 bis 8 vorzulegen. Die Erstellung dieses Berichts ist jeweils wissenschaftlich zu begleiten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen. Dieser Bericht dient dazu, einerseits etwaige Mängel und Defizite aufzudecken und andererseits Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie sich die Beratungsstrukturen entwickeln. Er ist somit eine wichtige Erkenntnisquelle hinsichtlich der Wirksamkeit der Pflegeberatung sowie eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der Regelungen zur Pflegeberatung sowie zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3. Bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe beteiligt das Bundesministerium für Gesundheit den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege.

Der Bericht soll hinsichtlich der Pflegeberatung nach § 7a Absatz 1 bis 5, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c, insbesondere konkrete Zahlen zur Entwicklung des Beratungsgeschehens enthalten, darunter unter anderem zur Anzahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, deren Qualifikation, der Pflegestützpunkte und deren Trägerschaft einschließlich Beratungstätigkeiten und -schwerpunkte, Inanspruchnahme durch Pflegebedürftige und Angehörige, der Anzahl der Pflegeerst- und -wiederholungsberatungen, der erstmalig erstellten sowie überarbeiteten Versorgungspläne, der Ausstellung und Einlösung von Beratungsgutscheinen sowie zu den Ausgaben der Pflegekassen für die Pflegeberatung. Darüber hinaus soll er konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberatung geben. Der Bericht soll auch Angaben enthalten, wie die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 bei der Pflegeberatung nach § 7a berücksichtigt werden. Hiervon unberührt bleibt der Bericht über die Durchführung und die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach Nummer 2.

Die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 ist in der Vergangenheit vielfacher Kritik ausgesetzt gewesen und dem Instrument ist mangelnde Wirksamkeit unterstellt worden. Um die Weiterentwicklung der Beratung nach § 37 Absatz 3 bis 8 voranzutreiben, die Auswirkungen der gesetzlichen Neuregelungen zu beobachten und die nach § 37 Absatz 4 und auf andere Weise gewonnenen Erkenntnisse insbesondere über die Ergebnisse der Beratungseinsätze regelmäßig systematisch auszuwerten und wissenschaftlich aufbereiten zu lassen, wird nun eine Berichtspflicht auch zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 eingeführt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass ein wesentlicher Bestandteil des Berichts darin besteht, über die Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit Auskunft zu geben. Dies bezieht sich insbesondere auch darauf, zu ermitteln, ob und mit welchen Wirkungen Erkenntnisse und Hinweise aus den Beratungsbesuchen von den Beteiligten tatsächlich in der Praxis umgesetzt wer-

den. Zusammen mit den weiteren Anpassungen der Vorgaben zur Gestaltung und Durchführung der Beratung in der eigenen Häuslichkeit wird die in dem neuen Absatz 9 vorgesehene Berichtspflicht dazu führen, die Beratungsqualität insgesamt nachhaltig zu verbessern.

Zu Nummer 7 (§ 7b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Bereits nach geltendem Recht umfasst der Anspruch nach § 7a für Pflegebedürftige auf Wunsch auch eine Wiederholung der Pflegeberatung.

Zur Verbesserung der Beratung wird die Frist von 14 Tagen, die für die Benennung eines konkreten Beratungstermines und einer Kontaktperson bzw. für die Aushändigung eines Beratungsgutscheines durch die Pflegekasse einzuhalten ist, beibehalten. Es wird darüber hinaus zusätzlich gesetzlich geregelt, dass die 14-Tage-Frist künftig nicht nur bei Erstanträgen wie bisher, sondern auch bei späteren Anträgen, etwa wenn aufgrund einer Krisensituation, in der die Pflege kurzfristig durch berufstätige Angehörigen sicherzustellen ist (vgl. § 44a), oder bei Anträgen, die auf ein Neueinstufungsverfahren abstellen oder den Wechsel von Geld- zu Sachleistungen, die Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen, so genannter gepoolten Leistungen oder gegenseitig anrechenbarer Leistungen zum Inhalt haben, einzuhalten ist. Sie gilt nicht für einmalig oder ggf. auch monatlich zu stellende Anträge auf Kostenerstattung bestimmter Leistungen und Zuschüsse. Hierdurch wird die Möglichkeit der Anspruchsberechtigten und ihrer Familienangehörigen gestärkt, sich zeitnah und umfassend über neue oder zu ändernde Pflegearrangement durch eine individuelle Beratung zu informieren und den Versorgungsplan insofern zu aktualisieren. Damit kann die Zielgenauigkeit der Versorgung und Betreuung durch Leistungen der Pflegeversicherung verbessert und dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ deutlich Rechnung getragen werden.

Näheres zum Beratungsverfahren wird sich zukünftig aus den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a – neu – ergeben wird.

Die Streichung des Verweises auf § 7 ist eine Folgeänderung der Überführung der Vorschriften zur Pflegeberatung in § 7a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Folgeänderung der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a.

Zu Nummer 8 (§ 7c)

Redaktionelle Folgeänderung der Überführung von § 92c Absatz 1 bis 4 sowie 7 bis 9 zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7c – neu –.

Die bisher in § 92c getroffenen oben genannten Regelungen zur Beratung in und durch Pflegestützpunkte werden aufgrund des engen Sachzusammenhangs aus dem vergütungsrechtlichen Achten Kapitel diesen Buches unverändert in die im Ersten Kapitel gere-

gelten Allgemeinen Vorschriften und Anforderungen an den Auftrag der Pflegekassen zur Aufklärung, Auskunft und Beratung nach §§ 7ff. verschoben. § 92c wird aufgehoben. (siehe auch Begründung zu § 92c)

Zu Nummer 9 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Durch Einfügen eines Absatzes in § 45c wird an dieser Stelle eine redaktionelle Anpassung der Absatznummer erforderlich.

Zu Buchstabe b

Die Fortentwicklung der bisherigen Schiedsstelle zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss, der von einer auch wissenschaftlich qualifizierten Geschäftsstelle unterstützt wird (§ 113b Absatz 6), trägt zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung bei. Die qualifizierte Geschäftsstelle soll als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten und dessen wissenschaftliche Auftragsverfahren koordinieren. Darunter fällt insbesondere die Aufgabe, die wissenschaftlichen Grundlagen für neue Instrumente der Qualitätsprüfung und -darstellung zu entwickeln. Entsprechende wissenschaftliche Vorarbeiten sind bereits aus Mitteln nach § 8 Absatz 3 gefördert worden. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, auch die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 sicherzustellen. Dies ist möglich, ohne das aktuelle Fördervolumen für sonstige Projekte einzuschränken. Die Einrichtung der qualifizierten Geschäftsstelle und damit auch die dadurch verursachten Ausgaben sind auf einen Zeitraum von fünf Jahren begrenzt.

Zu Nummer 10 (§ 8a)

Folgeänderung der Überführung der Regelung des bisherigen § 92 in § 8a – neu –.

Zu Nummer 11 (§ 12)

Folgeänderung der Überführung der Regelung des bisherigen § 92c in § 7c – neu –.

Zu Nummer 12 (§ 13)

Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass das zum 1. Januar 2015 eingeführte Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3 als Lohnersatzleistung für entgangenes Arbeitsentgelt ebenso wie andere Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Krankengeld, Kinderkrankengeld oder Verletztengeld) als Einnahme zum Lebensunterhalt gilt und somit als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, berücksichtigt wird.

Zu Nummer 13 (§ 14)

Zu Absatz 1

Allgemeines

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und das damit verbundene Begutachtungsinstrument wurden schon bei Einführung der Pflegeversicherung umfassend diskutiert. Kritisiert wurde, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff zu eng auf Alltagsverrichtungen, die häufiger bei vorrangig körperlich beeinträchtigten Menschen vorkommen, abstellt und damit kognitive oder psychische Beeinträchtigungen nicht hinreichend erfasst werden. Dies führte in der Praxis dazu, dass psychisch und kognitiv beeinträchtigte Menschen einschließlich der wachsenden Zahl demenziell erkrankter Menschen im Vergleich zu vorrangig körperlich beeinträchtigten Pflegebedürftigen durchschnittlich niedrigere Pflegestufen erreichten und trotz der Einführung und des zwischen 2002 und 2015 schrittweise erfolgten Ausbaus von

zusätzlichen Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der Pflegeversicherung durchschnittlich niedrigere Leistungsansprüche hatten und haben. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde zudem als zu stark defizitorientiert und nicht hinreichend pflegefachlich fundiert angesehen. Auch die Begutachtung von Kindern wurde als pflegefachlich nicht hinreichend fundiert kritisiert.

Zum 1. November 2006 hat das Bundesministerium für Gesundheit daher einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt, der als Grundlage einer zukünftigen Entscheidung über eine Änderung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs konkrete und pflegefachlich fundierte Vorschläge und Handlungsoptionen für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein damit korrespondierendes, bundesweit einheitliches Begutachtungsinstrument erarbeiten sollte. Der Beirat hat am 26. Januar 2009 seinen Bericht vorgelegt. Im Bericht wurde der Vorschlag für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff unterbreitet und die Einführung des pflegefachlich fundierten Neuen Begutachtungsassessments (NBA) als neues Begutachtungsinstrument im Rahmen der Pflegeversicherung vorgeschlagen. Am 20. Mai 2009 folgte ein Umsetzungsbericht des Beirats, der erste Umsetzungsvorschläge für die Einführung des neuen Begriffs und des NBA enthielt.

Zur Klärung von in den ersten Berichten noch nicht hinreichend konkretisierten fachlichen, administrativen und rechtstechnischen Fragen der Umsetzung setzte das Bundesministerium für Gesundheit zum 1. März 2012 den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein. Aufgabe des Expertenbeirats war, die konkrete Vorschläge sowie einen realistischen, zügigen Zeitplan für die einzelnen Umsetzungsschritte (Roadmap) vorzulegen. Der Expertenbeirat legte am 27. Juni 2013 seinen Bericht vor. In seinem Bericht stellte er die grundsätzliche Einführungsreife des NBA fest und empfahl die Praktikabilität der vom Expertenbeirat vorgeschlagenen Modifikationen im Rahmen einer Studie zu überprüfen und eine Evaluationsstudie vor der gesetzlichen Einführung durchzuführen. Beide Studien wurden im April 2015 vorgelegt und haben die Einführungsreife des NBA bestätigt. Die Erkenntnisse aus den Studien werden im Rahmen der Umsetzung berücksichtigt.

Zum Stichtag am 1. Januar 2017 werden der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit und das Neue Begutachtungsassessment als Begutachtungsinstrument im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung eingeführt. Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit mit dem neuen Begutachtungsinstrument führt dazu, dass alle Antragsteller eine pflegefachlich fundierte, differenzierte und der Schwere ihrer jeweiligen Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen entsprechende Einstufung erhalten. Viele Pflegebedürftige, insbesondere solche mit vorrangig kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen, erzielen dadurch auch höhere Leistungsansprüche. Damit stehen vielen Pflegebedürftigen mehr Leistungen zur Verfügung. Dies ermöglicht eine weitere Verbesserung der pflegerischen Versorgung und entlastet Pflegebedürftige und ihre Familien.

Die gesonderte Feststellung einer erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der Fassung bis zum 1. Januar 2017 ist ab dem Stichtag nicht mehr erforderlich, da das neue Begutachtungsinstrument in den Modulen 2 und 3 die relevanten Aktivitäten und Fähigkeiten bereits berücksichtigt und noch darüber hinaus weitere relevante Aktivitäten und Fähigkeiten von Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen erfasst. Ab dem Stichtag wird es daher nur noch ein Feststellungsverfahren für Pflegebedürftigkeit geben (Ermittlung des Pflegegrads mit dem neuen Begutachtungsinstrument). Alle Pflegebedürftigen haben – abhängig von ihrem Pflegegrad – Zugang zu den gleichen Leistungen. Zusätzliche Leistungen für einzelne Personenkreise sind nicht mehr erforderlich, da das Begutachtungsinstrument mit seiner Bewertungssystematik zu einer Gleichbehandlung der verschiedenen Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen entsprechend ihrem Schweregrad führt. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurden daher im Vorgriff auf diese Gleichstellung bereits die Leistungsansprüche der §§ 45b und 87b, die zuvor nur Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zur Verfügung stan-

den, auf alle Pflegebedürftigen ausgeweitet. Gleichzeitig wurde der Zugang von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe (so genannte „Pflegestufe 0“) zu Leistungen, die vormals nur Pflegebedürftigen mit einer Pflegestufe zur Verfügung standen, ermöglicht (z. B. §§ 38a, 39, 40, 41, 42 und 45e). Mit den Maßnahmen des Ersten und Zweiten Pflegestärkungsgesetzes wird die Pflegeversicherung insgesamt gerechter. Die pflegerische Versorgung und solidarische Absicherung der Pflegebedürftigen und ihrer Familien werden verbessert.

Mit dem neuen Pflegegrad 1 wird zudem der Aspekt der Prävention bei Pflegebedürftigkeit gestärkt, da die Zugangsschwelle zu bestimmten Leistungen der Pflegeversicherung niedriger liegt als die bisherige Schwelle der „erheblichen Pflegebedürftigkeit“. Dadurch und über die verstärkte Berücksichtigung von Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen kognitiv und psychisch beeinträchtiger Menschen wird der Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert. Zugleich sind der neue Begriff und das neue Begutachtungsinstrument soweit konkretisiert und hinsichtlich der wesentlichen Aspekte von Pflegebedürftigkeit abschließend gefasst, dass einerseits Rechtssicherheit geschaffen wird, andererseits keine unkontrollierte Ausweitung des Personenkreises der Anspruchsberechtigten zu befürchten ist, der die Solidargemeinschaft über das vernünftige Maß einer Teilabsicherung des Risikos der Pflegeversicherung belasten könnte. Eine Vollabsicherung ist auch mit dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht beabsichtigt.

Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit modernisiert auch die pflegerische Versorgung. Er ist pflegefachlich auf dem aktuellen Stand, berücksichtigt alle relevanten Aspekte von Pflegebedürftigkeit umfassend (z. B. neben kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen auch erstmals die Bewältigung von und den Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Belastungen und Anforderungen) und ist an den (verbliebenen) Ressourcen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen, nicht vorrangig an seinen Defiziten orientiert. Damit wird der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit handlungsleitend für moderne und pflegefachlich noch besser fundierte Leistungen und eine entsprechende Leistungserbringung in der Pflegeversicherung.

Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit und insbesondere das Neue Begutachtungsassessment wurden pflegefachlich fundiert für die Zwecke der Feststellung des Leistungszugangs und der Verbesserung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und der Pflegeversicherung geschaffen. Der Begriff ist für andere Sozialleistungssysteme rechtlich ohne ausdrückliche Verweisung nicht verbindlich und nur hinsichtlich seiner fachlichen Grundlegung als Beitrag zur einem fachlich geprägten, umfassenden Verständnis von Pflegebedürftigkeit anzusehen.

Definition

Als pflegebedürftig im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes werden Personen definiert, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen bei den im Gesetz abschließend festgelegten Aktivitäten und Fähigkeiten in abschließend festgelegten Bereichen der Hilfe durch Andere bedürfen. Der Hilfebedarf muss auf den bezeichneten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder den Fähigkeitsstörungen beruhen, andere Ursachen für einen Hilfebedarf bleiben außer Betracht. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen werden personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-) Umfeld ermittelt.

Dabei sind nur solche Personen pflegebedürftig, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher, kognitiver oder psychischer Funktionen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Damit wird noch einmal verdeutlicht, welche Problemlagen im Rahmen der in Absatz 2 konkretisierten Bereiche vom neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst werden.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und damit auch seine Legaldefinition werden deutlich erweitert. Er bezieht zukünftig unter anderem solche Personen mit ein, deren erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016

in einem gesonderten Verfahren festgestellt wird. Pflegebedürftige im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes sind zukünftig alle Menschen, die aufgrund der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsinstrument einen Pflegegrad erhalten, unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer Beeinträchtigungen im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt.

Dauer

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes soll dann solidarisch abgesichert werden, wenn die Problemlagen längerfristig und nicht nur gelegentlich bestehen. Zeitliche Untergrenze sind Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen mit daraus resultierendem Hilfebedarf, die voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorliegen. Die Entscheidung über das Vorliegen einer voraussichtlich längerfristigen Pflegebedürftigkeit kann bereits vor Ablauf von sechs Monaten getroffen werden, wenn die Dauerhaftigkeit vorhersehbar ist. Dauerhaftigkeit ist auch dann gegeben, wenn die verbleibende Lebensspanne möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt.

Zu Absatz 2

Die in Absatz zwei aufgezählten sechs Bereiche, in denen der Grad der individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen ermittelt wird, umfassen jeweils eine Gruppe artverwandter Aktivitäten, Fähigkeiten oder einen Lebensbereich. Sie stellen einen abschließenden Katalog der zu berücksichtigenden Aktivitäten und Fähigkeiten, bei denen Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit maßgebend sein sollen, dar. Der abschließende Charakter ist erforderlich, weil die Zuordnung zu unterschiedlichen Leistungsgruppen (Pflegegraden) aus einer Gesamtschau aller zu berücksichtigenden Bereiche abgeleitet wird.

Die Bereiche „Selbstversorgung“ und „Mobilität“ decken die vom bisherigen Begutachtungsinstrument erfassten entsprechenden Aktivitäten und Fähigkeiten mit ab. Die Bereiche „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ erfassen grundsätzlich auch solche Aktivitäten und Fähigkeiten, die bisher im Rahmen der Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 erfasst wurden, allerdings in pflegefachlich verbesserter und umfassenderer Art und Weise. Das gesonderte Feststellungsverfahren nach § 45a in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 wird damit entbehrlich.

Der Bereich „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ erfasst im Rahmen der Begutachtung vom bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht berücksichtigte Aktivitäten und Fähigkeiten. Sie sind dem Themenkreis der selbstständigen Krankheitsbewältigung zuzuordnen, und zwar insbesondere der „krankheitsbezogene Arbeit“, die direkt auf die Kontrolle von Erkrankungen und Symptomen sowie auf die Durchführung therapeutischer Interventionen bezogen ist. Hierbei geht es ausdrücklich nicht darum, den Bedarf an Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege bzw. Behandlungspflege nach dem Fünften Buch einzuschätzen. Insoweit gilt § 13 Absatz 2 des Elften Buches. Diese Leistungen werden auch weiterhin in der häuslichen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht; in der vollstationären Versorgung im Rahmen des § 43 von der Pflegeversicherung. Ein Großteil der hier aufgeführten Maßnahmen und Handlungen kann von erkrankten Personen eigenständig durchgeführt werden, sofern sie über die dazu nötigen Ressourcen verfügen, d. h. über körperliche und kognitive Fähigkeiten, spezifische Fertigkeiten, Motivation, Kenntnisse u. a. m. Dies gilt auch für Maßnahmen, die nur selten von den Erkrankten selbst durchgeführt werden, wie z. B. das Absaugen von Sekret oder die regelmäßige Einmalkatheterisierung. Mit dem Bereich ist daher häufig ein Hilfebedarf bei der Anleitung und Motivation oder Schulung verknüpft.

Vom Bereich „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ wurden im bisherigen Begutachtungsinstrument nur Anteile der Aktivität „Ruhen und Schlafen“ erfasst. Die weiteren Aktivitäten und Fähigkeiten fielen bisher unter eine über die konkrete Anleitung und Beaufsichtigung bei Verrichtungen hinausgehende Betreuung und allgemeine Beaufsich-

tigung, die ausdrücklich nicht zu den maßgeblichen Hilfeleistungen des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gehörte.

Die bisherigen Formen der Hilfeleistung (unmittelbare Erledigung für den Pflegebedürftigen im Sinne einer Kompensation oder Anleitung und Beaufsichtigung) bleiben erhalten, sind aber kein Bestandteil des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mehr, sondern werden durch das Leistungsrecht der Pflegeversicherung definiert. Dabei entfällt mit dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch die Beschränkung auf Kompensation von oder Anleitung und Beaufsichtigung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens. Insgesamt werden mit den neu einbezogenen bzw. erweiterten Aspekten von Pflegebedürftigkeit gerade in den Bereichen der Nummer 2, Nummer 3, Nummer 5 und Nummer 6 zudem Aktivitäten und Fähigkeiten zukünftig stärker betont, die auch eine stärkere Akzentuierung der Hilfe und Ressourcenstärkung durch Anleitung, Motivation und Schulung nach sich ziehen. Eine Anleitung im Sinne der aktivierenden Pflege bleibt Bestandteil der Leistungserbringung, auch sie wird durch das NBA zukünftig verstärkt eine Rolle spielen.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird klargestellt, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und die Fähigkeitsstörungen, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, bereits im Rahmen der Bereiche nach Absatz 2 und entsprechend bei den Erhebungen der Module 1 bis 6 im jeweils betroffenen Bereich erfasst werden. Damit bleiben die entsprechenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen für die Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit relevant, werden aber über andere Aspekte als bisher erhoben. So führen z.B. bestimmte körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen, die in den Bereichen des Absatz 2 erfasst werden, dazu, dass zugleich auch die Fähigkeit zur eigenständigen Haushaltsführung beeinträchtigt ist. Damit die gleichen Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen nicht doppelt erfasst und gewertet werden, werden die Beeinträchtigungen bei der Haushaltsführung gesondert erhoben (§ 18 Absatz 5a). Sie dienen einerseits als Grundlage für eine differenzierte Hilfe- und Pflegeplanung, andererseits bieten sie Anhaltspunkte für den Leistungsumfang der Hilfen bei der Haushaltsführung. Wie auch in der Begründung zu § 36 klargestellt wird, werden Hilfen bei der Haushaltsführung auch weiterhin gewährt. Dafür hat sich auch der Expertenbeirat ausgesprochen: Aus pflegefachlichen Gründen solle die hauswirtschaftliche Versorgung Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung bleiben (siehe Seite 32 des Abschlussberichts vom 27. Juni 2013).

Zu Nummer 14 (§ 15)

Zu Absatz 1

Ab dem Stichtag wird der Pflegegrad mit einem neuen, pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstrument ermittelt. Das neue Begutachtungsinstrument beruht auf dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 und deckt die in § 14 Absatz 2 genannten Bereiche im Rahmen seiner sechs Module ab. Die gesonderte Feststellung einer erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a ist daher ab dem Stichtag nicht mehr erforderlich, da das neue Begutachtungsinstrument in den Modulen 2 und 3 die relevanten Aktivitäten und Fähigkeiten der Bereiche 2 und 3 bereits berücksichtigt und noch darüber hinaus weitere pflegefachlich relevante Aktivitäten und Fähigkeiten von Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen erfasst. Damit gibt es ab dem Stichtag nur noch ein Feststellungsverfahren für Pflegebedürftigkeit. Alle Pflegebedürftigen haben dann – abhängig von ihrem Pflegegrad – Zugang zu den gleichen Leistungen der Pflegeversicherung. Dadurch wird auch die Gleichbehandlung von körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen in der Begutachtung der Pflegeversicherung und in der Konsequenz beim Leistungszugang verwirklicht.

Durch den neuen Begriff und das auf dieser Basis entwickelte neue Begutachtungsinstrument wird Pflegebedürftigkeit anders und besser ermittelt: Geändert haben sich sowohl

– die Sichtweise (Blick auf den Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung der in § 14 Absatz 2 genannten Bereiche statt defizitorientiert auf den Hilfebedarf),

– der Differenzierungsgrad (differenzierte Erfassung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit statt pflegewissenschaftlich nicht sachgerechter Einschätzung des Zeitaufwands für Laienpflege bei eng definierten Verrichtungen als Bemessungsgröße für die Einordnung in eine Pflegestufe),

– die pflegefachliche Fundierung (das neue Begutachtungsinstrument bezieht den internationalen Stand der pflegerischen Erkenntnisse ein),

– der Umfang der erfassten Aspekte von Pflegebedürftigkeit (Erweiterung um auf Aktivitäten und Fähigkeiten im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, des Umgangs mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte statt Bezug auf eng definierte Verrichtungen) als auch

– die Einstiegsschwelle (Pflegebedürftigkeit besteht zukünftig grundsätzlich bereits ab Pflegegrad 1, für den vielfach geringere Beeinträchtigungen ausreichen als für die Schwelle der erheblichen Pflegebedürftigkeit der bisherigen Pflegestufe I).

Die differenziertere Erfassung von Pflegebedürftigkeit wird sich auch in der Begutachtung von Kindern positiv auswirken. Gerade in den besonders wichtigen Bereichen 2, 3 und 5 werden Bedarfslagen erfasst, die bei der heutigen Begutachtung für die Pflegestufen größtenteils unberücksichtigt bleiben, für den Lebens- und Versorgungsalltag von pflegebedürftigen Kindern und ihren Eltern aber von besonderer Bedeutung sind. Damit verbessert sich auch die Einstufung pflegebedürftiger Kinder.

Zu Absatz 2

Allgemeines

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument stehen in einem untrennbaren fachlichen Zusammenhang. Das neue Begutachtungsinstrument greift die Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus § 14 auf und konkretisiert diese in Absatz 2 für die Zwecke der Begutachtung im Rahmen der Pflegeversicherung. Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde zusammen mit dem dazu gehörenden Neuen Begutachtungsassessment (NBA) über einen Zeitraum von acht Jahren durch mehrere wissenschaftliche Studien erarbeitet und durch zwei Expertenbeiräte begleitet. Die Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments ist damit vorerst abgeschlossen und das Instrument nach Einschätzung aller beteiligten Expertinnen und Experten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler einführungsreif.

Absatz 2 enthält die gesetzliche Umsetzung des Neuen Begutachtungsassessments im Rahmen der Pflegeversicherung. Es handelt sich dabei um ein lernendes System, nicht um ein starres, einmal und auf Dauer festgelegtes Instrument. Daher wird der Begriff Neues Begutachtungsassessment nicht als feststehender Begriff eingeführt, sondern seine wesentlichen Elemente, insbesondere alle für den Leistungszugang wesentlichen Aspekte (abschließender Katalog von Aktivitäten und Fähigkeiten, abschließender Katalog von bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigenden Modulen, Gewichtungen der einzelnen Module, Punktbereiche und gewichteten Punktwerte für die Module, Schwellenwerte für die Zuordnung zu einem Pflegegrad sowie die Beschreibung möglicher besonderer Bedarfskonstellationen) werden zur rechtssicheren Beschreibung des neuen Begutachtungsinstruments im Gesetz oder der entsprechenden Verordnung verankert.

Um pflegefachlich begründete Konkretisierungen und Anpassungen innerhalb der gesetzlichen Festlegungen zu erlauben und eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in § 17 Absatz 1 ermächtigt, pflegefachlich begründete Konkretisierungen der Beschreibung der Aktivitäten und Fähigkeiten, der Zu-

ordnung zu der Schwere der Ausprägung, Häufigkeit oder Dauer entsprechenden Kategorien oder Kombinationen von Kategorien, pflegefachlich begründete Veränderungen der Einzelpunktwerte innerhalb der Bereiche ohne Veränderungen der Modul- oder Gesamtpunktwerte, Ausfüll- und Verfahrensanleitungen sowie die Entwicklung und Weiterentwicklung von Formularen (auch elektronisch) durchzuführen.

Durch § 17a wurde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereits zum XX [Datum Inkrafttreten PrävG] ermächtigt, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) die Richtlinien zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Begutachtungsverfahren) nach § 17 Absatz 1 in Verbindung mit § 53a Nummer 2 entsprechend den Maßgaben von § 17a Absatz 2 zu ändern und dem Bundesministerium für Gesundheit bis XX [neun Monate nach dem Inkrafttreten des PrävG] zur Genehmigung vorzulegen. Damit wird es dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermöglicht, die pflegefachlichen Vorarbeiten für eine neue Begutachtungsrichtlinie bereits vor Inkrafttreten dieses Gesetzes durchzuführen.

Das Bundesministerium für Gesundheit legt die Punktbereiche und gewichteten Punktwerte im Einvernehmen durch Rechtsverordnung fest, erstmals zum 1. Januar 2017. Die Vorarbeiten des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen und der Expertenbeiräte werden berücksichtigt. In der Verordnung erfolgt auch eine Gesamtdarstellung des neuen Begutachtungsinstruments. Damit wird das neue Begutachtungsinstrument in seiner Gesamtheit auch für die Bürgerinnen und Bürger transparent dargestellt.

Ermittlung des Gesamtpunktwertes

Die Berechnung des für die Zuordnung zu einem Pflegegrad relevanten Gesamtpunktwerts erfolgt mit Hilfe einer mehrschrittigen Berechnungsfolge auf Basis einer pflegefachlich begründeten Bewertungssystematik. Wesentlich ist dabei die Umrechnung der Punktbereiche der Einzelpunktwerte in gewichtete Punktwerte.

Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen werden in den Modulen für jede Aktivität und Fähigkeit der Bereiche des § 14 Absatz 2 erhoben und nach dem Grad ihrer Ausprägung. In den Modulen 1, 2, 4 und 6 ist für jede Beeinträchtigung der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörung eine Skalierung vier Schweregraden vorgesehen. Die Entscheidung für diese Viererskala war das Ergebnis allgemeiner methodischer Überlegungen und einer Analyse der Skalen, die in anderen international verwendeten Instrumenten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit Anwendung finden. Die Skalen messen in den Bereichen 1, 4, 6 den Grad der Selbstständigkeit einer Person (bei einer Aktivität/im Lebensbereich), im Bereich 2 die Intensität einer funktionalen Beeinträchtigung (kognitive/kommunikative Fähigkeiten) und im Bereich 3 die Häufigkeit des Auftretens (Verhaltensweisen) gemessen. Im Bereich 5 wird aus pflegefachlichen Gründen eine Kombination der Kategorien Vorkommen, Häufigkeit des Auftretens und Selbständigkeit bei der Durchführung der Aktivitäten verwendet.

Maßgeblich für die Zuordnung zu einer Merkmalsausprägung ist eine pflegefachlich begründete Einschätzung durch den/die jeweilige/n Gutachter/in des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter/innen auf Basis der Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Die Einschätzung erfolgt personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-)Umfeld. Für jede Ausprägung der Beeinträchtigung oder Störung einer Aktivität, Fähigkeit oder Verhaltensweise bzw. jeder Feststellung im Modul 5 ist im Begutachtungsinstrument ein pflegefachlich begründeter Einzelpunktwert vorgesehen. Die Einzelpunktwerte eines Moduls werden nach dem Schweregrund der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörung einem von fünf Punktbereichen zugeordnet, und jedem Punktbereich ein gewichteter Punktwert (Bewertungssystematik). Aus den gewichteten Punktwerten wird der Gesamtpunktwert auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten errechnet.

Gewichtung der Module

Diese Berechnungsfolge und die Bewertungssystematik einschließlich der Gewichtung der Module bewirkt, dass der Gesamtpunktwert und damit Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) sich nicht unmittelbar durch Summierung aller Einzelpunktwerte ergibt. Die Gewichtung der Module erfolgt auf der Basis von empirischen Erkenntnissen und sozialpolitischen Überlegungen. Die Gewichtung bewirkt, dass der Pflege- und Betreuungsaufwand von Personen mit körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten andererseits sachgerecht und angemessen bei der Bildung des Gesamtpunktwerts berücksichtigt wird. So wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass die Bereiche Selbstversorgung und Mobilität in etwa die Aktivitäten des täglichen Lebens des § 14 Absatz 4 in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 abdecken, die als Verrichtungen im Sinne bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit relevant sind. Sie haben nach pflegefachlicher und pflegepraktischer Einschätzung für die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit und die Leistungserbringung weiterhin zentrale Bedeutung und erhalten daher insgesamt eine Gewicht von 50 Prozent (Selbstversorgung 40 Prozent und Mobilität 10 Prozent). Den Modulen Kognition und Verhalten einerseits und Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte andererseits erhalten zusammen einen Anteil von 30 Prozent. Die Gewichtung der Selbständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen wird aus pflegefachlichen Gründen mit 20 Prozent angesetzt.

Eine Besonderheit besteht bei der Teilsummenbildung für die Module 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen): Hier gehen nicht die Teilsummenwerte für die einzelnen Module, sondern nur der jeweils höchste Wert in die Bewertung ein. Ein Grund hierfür ist, dass beide Module einen psychosozialen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen, der sich nicht einzelnen Handlungen zuordnen lässt. Ist zum Beispiel eine Pflegeperson in der Wohnung des Pflegebedürftigen tagsüber anwesend und liegen Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen aus den Modulen 2 und 3 vor, resultiert die grundsätzliche Notwendigkeit zur Anwesenheit der Pflegeperson nicht entweder aus Modul 2 oder 3, sondern kann auch aus beiden resultieren, ohne dass ein Modul vorrangig den Anlass hierfür gibt. Zudem sollen kognitive und psychische Problemlagen nicht mehrfach gewertet werden. Daher kommt hier nur der jeweils höchste Wert aus einem der beiden Module 2 oder 3 zum Tragen. Da es aber vorkommen kann, dass nur Probleme in Modul 2 oder nur in Modul 3 vorliegen, und die Trennung pflegefachlichen Differenzierungen entspricht, werden die Bereiche auf zwei Module verteilt.

Die Struktur der Bewertungssystematik ist in der nachfolgenden Abbildung im Überblick dargestellt; die Punktbereiche und gewichteten Punktwerte werden durch das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 15 Absatz 2 (VO) festgelegt.

Module		**Gewichtung**	**Zuordnung zu den Punktbereichen / gewichteter Punktwert**				
			0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Völlige
			Beeinträchtigung der Selbständigkeit / Fähigkeit im Modul				
1	Mobilität	10 %	Punktbereiche 0 bis 4 entsprechend VO				
			gewichtete Punktwerte entsprechend VO				10
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	Punktbereiche 0 bis 4 entsprechend VO				
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		Punktbereiche 0 bis 4 entsprechend VO				
2+3	Höchster Wert aus 2 oder 3		gewichtete Punktwerte entsprechend VO				15
4	Selbstversorgung		Punktbereiche 0 bis 4 entsprechend VO				

		40 %	gewichtete Punktwerte entsprechend VO	40
5	Bewältigung von und Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen		Punktbereiche 0 bis 4 entsprechend VO	
		20 %	gewichtete Punktwerte entsprechend VO	20
6	Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte		Punktbereiche 0 bis 4 entsprechend VO	
		15 %	gewichtete Punktwerte entsprechend VO	15
7	Außerhäusliche Aktivitäten	-	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Aktivitäten ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Hilfeplanung abzuleiten zu können, siehe dazu § 18 Absatz 5a – neu –.	
8	Haushaltsführung	-		

Zu Absatz 3

Der Pflegegrad hängt von der Schwere der Pflegebedürftigkeit (§ 1 Absatz 4) und daher nach dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit ab. Zukünftig gibt es mehr Abstufungen der Pflegebedürftigkeit als bisher. Die neuen Pflegegrade sind wegen der vielfältigen Veränderungen beim Pflegebedürftigkeitsbegriff und beim neuen Begutachtungsinstrument mit den bis zum Stichtag geltenden Pflegestufen nur sehr eingeschränkt vergleichbar. Daher wird bei der Umstellung nicht einfach die Zahl der Pflegestufen erhöht, sondern die Pflegegrade stellen ein neues, eigenes und differenzierteres System der Einstufung dar. Gleich geblieben ist, dass diejenigen, die schwerer von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, höhere Leistungen erhalten als diejenigen, die weniger schwer betroffen sind.

Ergänzend zum neuen System der Pflegegrade wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 besondere Bedarfskonstellationen für Pflegebedürftige auszuweisen. Diese besonderen Bedarfskonstellationen betreffen Pflegebedürftige mit schwersten Beeinträchtigungen und einem außergewöhnlich hohem bzw. intensivem Hilfebedarf, der besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweist. In den Richtlinien werden pflegefachlich begründete Kriterien festgelegt, nach denen diese Pflegebedürftigen auch unabhängig vom Erreichen des Schwellenwerts von 90 Punkten in den Pflegegrad 5 eingestuft werden.

Bei einigen Pflegebedürftigen ist es möglich, dass der Pflegegrad 5 nicht automatisch erreicht wird, obwohl er nach der Schwere der Beeinträchtigung angemessen wäre. Dies liegt daran, dass die jeweiligen gesundheitlichen Probleme sich einer pflegefachlichen Systematisierung im neuen Begutachtungsinstrument entziehen; eine regelhafte Einbeziehung wäre nur auf Kosten größerer Verschiebungen in der Bewertung anderer, deutlich häufigerer Fallkonstellationen möglich. Daher wird für wenige, besonders gelagerte Fallkonstellationen die Einstufung in Pflegegrad 5 auch ohne Erreichen des regulären Schwellenwerts ermöglicht. Es handelt sich hierbei nicht um eine Einzelfallregelung oder die Ermächtigung zu einer Einzelfallentscheidung, auch wenn nur sehr wenige Pflegebedürftige von der Regelung betroffen sind, sondern um eine regelhafte Ergänzung der Einstufung anhand von Schwellenwerten für seltene Fallkonstellationen.

Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat aufgrund von Anregungen aus der Pflegepraxis verschiedene Fallkonstellationen überprüfen lassen und hat – bestätigt durch die Praktikabilitätsstudie des MDS – ein Vorliegen einer besonderen Bedarfskonstellation nur bei einer Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine festgestellt. Diese umfasst nicht zwingend die Bewegungsunfähigkeit der Arme und Beine, sondern den vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen. Sie ist nicht nur bei Lähmungen aller Extremitäten erfüllt, sondern kann auch

bei hochgradigen Kontrakturen, rheumatischen Versteifungen, hochgradigem Tremor und Rigor bei Morbus Parkinson oder Athetose bei Chorea Huntington (Veitstanz) gegeben sein.

Bei kleinen Kindern können zwar besondere Bedarfskonstellationen vorkommen, diese führen aber nicht zu einem vergleichbar hohen Mehraufwand. Kleinkinder bedürfen ohnehin der vollständigen Übernahme aller Verrichtungen und der ständigen Beaufsichtigung. Darüber hinaus ist der Vergleich mit altersentsprechend entwickelten Kindern maßgebend. Allerdings haben auch altersentsprechend entwickelte Kinder einen Hilfebedarf, der erst im Laufe ihrer Entwicklung abnimmt. Gerade Kleinkinder benötigen in jedem Fall ständige Beaufsichtigung und Hilfe. Die besondere Bedarfskonstellation Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine kann z. B. bei Kindern mit Infantiler Cerebralparese ab dem Alter von ca. 3 Jahren gegeben sein. Daher ist in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 jeweils festzulegen, ob und inwieweit eine besondere Bedarfskonstellation auch für Kinder und bezogen auf welche Altersstufen gelten soll.

Erforderlich ist, dass sich das Kriterium im Rahmen der Befunderhebung bei der Begutachtung sicher identifizieren lässt. Im Rahmen der begleitenden Evaluation (§ 18c) soll auch erhoben werden, ob darüber hinaus weitere besondere Bedarfskonstellationen zu prüfen und in die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 aufzunehmen sind.

Zu Absatz 4

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist wie bisher der Vergleich mit altersentsprechend entwickelten Kindern maßgebend. Dies ist erforderlich, da die Hilfebedürftigkeit altersentsprechend entwickelter Kinder ihrem Entwicklungsstand entspricht und keinen Leistungsanspruch gegen die soziale Pflegeversicherung begründen soll. Nur darüber hinaus gehende Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen sind für den Leistungszugang relevant. Auch bei pflegebedürftigen Kindern erfolgt eine Einstufung anhand der Schwere der Beeinträchtigung in fünf Pflegegrade; die Absätze 1 bis 3 gelten insofern entsprechend.

Zu Absatz 5

Das neue Begutachtungsinstrument gilt grundsätzlich für alle Altersgruppen und ist aus fachlicher Sicht für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit auch bei Kindern sehr gut und besser geeignet als das bisherige Verfahren. Da der Bezugspunkt für die Einstufung von Kindern der Vergleich mit einem alterstypisch entwickelten Kind ohne Beeinträchtigungen ist, ergeben sich für pflegebedürftige Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten Besonderheiten. Denn auch Kinder in der altersentsprechend entwickelten Vergleichsgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbständig; erst mit zunehmendem Alter erlangen sie aufgrund von Entwicklungsfortschritten schrittweise eine größere Selbständigkeit. Da das neue Begutachtungsinstrument die Selbständigkeit im Vergleich zu altersentsprechend entwickelten Kindern als Maßstab hat, könnten Kinder von 0 bis 18 Monaten ohne eine Sonderregelung regelhaft keine oder nur niedrigere Pflegegrade erreichen, was pflegefachlich nicht angemessen wäre. Zudem müssten sie aufgrund der häufigen Entwicklungsveränderungen in sehr kurzen Zeitabständen neu begutachtet werden, um die jeweils angemessene Einstufung zu erhalten.

Für pflegebedürftige Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten wird daher hinsichtlich ihrer Einstufung eine Sonderregelung getroffen: Sie werden – im Sinne einer pauschalierenden Einstufung – regelhaft etwas höher eingestuft als bei der Regelung nach Absatz 3 und können in diesem Pflegegrad ohne weitere Begutachtung bis zum 18. Lebensmonat verbleiben, soweit zwischenzeitlich kein Höherstufungsantrag gestellt wird oder eine Wiederholungsbegutachtung aus fachlicher Sicht notwendig ist. Eine erneute Begutachtung erfolgt daher nur, wenn relevante Änderungen zu erwarten sind (zum Beispiel durch eine erfolgreiche Operation einer Lippen-/Kiefer-/Gaumenspalte). Damit wird sichergestellt, dass pflegebedürftige Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten einen fachlich angemessenen Pflegegrad erreichen, der die natürlichen Entwicklungsschwankungen sowohl bei den

pflegebedürftigen Kindern als auch bei der Vergleichsgruppe der altersentsprechend entwickelten Kinder großzügig auffängt. Nach dem 18. Lebensmonat ist eine reguläre Einstufung fachlich angemessen, da die Kinder dann aufgrund der gewachsenen Selbständigkeit der Vergleichsgruppe regulär fachlich angemessene Pflegegrade erreichen und die relevanten Entwicklungsfortschritte in kleineren Abständen erfolgen.

Mit der Regelung wird auch vermieden, dass innerhalb eines kurzen Zeitraums häufige Höherstufungs- bzw. Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden müssen, die die Familien von pflegebedürftigen Kindern belasten. Damit sollen die oft körperlich wie psychisch durch die Pflege eines pflegebedürftigen Kindes stark belasteten Familien zusätzlich unterstützt und entlastet werden.

Zu Nummer 15 (§ 16)

Die bisherige Verordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit nach § 16 entfällt; die dadurch bisher erfassten Tatbestände werden entsprechend der Anforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Begutachtungsverfahrens nunmehr neu und differenziert geregelt: In den neuen § 17 Absatz 3 wird das Ersatzvornahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit hinsichtlich der Richtlinien zum Begutachtungsinstrument und Begutachtungsverfahren (Begutachtungs-Richtlinien) eingefügt und in § 15 Absatz 2 die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Festlegung der Punktbereiche und gewichteten Punktewerte in einer Rechtsverordnung geregelt.

Zu Nummer 16 (§ 17)

Zu Buchstabe a

In dem mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) eingeführten § 17a wurde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereits ermächtigt, die Richtlinien zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 17 zu ändern und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Damit wurde es dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermöglicht, die pflegefachlichen Vorarbeiten für die neue Begutachtungs-Richtlinien bereits vor Inkrafttreten dieses Gesetzes zu beginnen. Diese Aufgabenstellung wird mit der neuen Fassung des § 17 Absatz 1 aufgenommen und präzisiert.

In § 14 Absatz 2 werden die für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigenden Bereiche und Items benannt und in § 15 Absatz 2 bis 4 die für die Begutachtung, die darauf aufbauende Bewertungssystematik und damit den Leistungszugang wesentlichen Vorgaben (Festlegung der Gewichtungen der Bereiche/Module und der Bewertungssystematik, Beschreibung möglicher besonderer Bedarfskonstellationen) getroffen; weitere Einzelheiten hierzu werden durch Rechtsverordnung nach § 15 Absatz 2 festgelegt. Nach dem hier neu gefassten § 17 Absatz 1 erhält der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Aufgabe, Konkretisierungen des Begutachtungsinstruments und Begutachtungsverfahrens auf pflegefachlicher Grundlage mit dem Ziel, eine einheitliche Begutachtungspraxis vorzunehmen.

Die Kompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Erlass von Richtlinien zum Begutachtungsinstrument und Begutachtungsverfahren wird an die neuen Grundlagen und Elemente des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Festlegungen zum Begutachtungsverfahren nach §§ 14, 15 und 18 in der zukünftig geltenden Fassung angepasst. Die Begutachtungs-Richtlinien beinhalten danach die pflegefachliche Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 Absatz 2, insbesondere zu den in den Modulen enthaltenen Aktivitäten und Fähigkeiten, zur Einschätzung ihrer Ausprägung in den in § 15 Absatz 2 Satz 3 genannten Kategorien und zur Höhe der Einzelpunktwerte innerhalb der Module sowie zu dem Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der ergänzten Fassung des § 18. Für die erstmalige Erstellung der Richtlinien wird eine verbindliche Fristvorgabe gesetzt. Die Vorschriften über Beteiligungsrechte werden entsprechend der in anderen Bereichen für Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pfle-

gekassen geltenden Regelungen weiterentwickelt. Die bisherigen Härtefall-Regelungen und damit die Notwendigkeit für die Erstellung entsprechender Richtlinien entfallen; an ihre Stelle treten die neuen Bestimmungen zu Pflegebedürftigen mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf aufweisen, in § 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 und Satz 2 bis 4.

Zu Buchstabe b

Es wird durch Absatz 1a eine neue Richtlinienkompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des MDS eingeführt, mit der einheitliche Maßstäbe und Grundsätze – insbesondere für das Verfahren, eine qualitätsgesicherte Durchführung und wesentliche Inhalte der Pflegeberatung nach § 7a dieses Buches – vorgegeben werden (Pflegeberatungs-Richtlinie). Hierdurch soll unter anderem auch erreicht werden, dass der Zugang zu Leistungen der Sozialversicherung (vgl. §§ 12 bis 17 des Ersten Buch, §§ 8, 9, 12, 69 und 70) verbessert, das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen gemäß § 2 gestärkt sowie die Verbraucher- und Dienstleistungsorientierung der durch unterschiedliche Personen und Stellen durchgeführten Pflegeberatung für die ratsuchenden Versicherten und ihre pflegenden Familienangehörigen sichergestellt bleibt. Zugleich soll die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Durchführung der Beratungstätigkeiten nach § 7a Absatz 1 Satz 3 insbesondere durch eine abgestimmte Vorgehensweise und Organisation der Abläufe im Zuge dieser Beratungstätigkeiten gewährleistet werden. Es kann in diesem Zusammenhang z. B. auch der Einsatz einer unentgeltlich zugänglichen, anwenderfreundlichen und aufwandsarmen Software in der Beratung bzw. durch die Berater nach § 7a Absatz 6 vorgesehen werden. Letzteres kann die vorhandenen, personellen Kapazitäten der Pflegekassen allein für die Beratung durch eigens qualifiziertes Personal entlasten, die mit inzwischen insgesamt 940 in Vollzeit beschäftigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Jahr 2013 einen erheblichen Umfang erreicht haben.

Auch die qualitätsgesicherte Durchführung der Beratungstätigkeiten soll durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Mitarbeit des MDS im Rahmen der Richtlinien geregelt werden.

Vorgesehen ist eine breite Beteiligung der Fachkreise, wie sie beispielsweise auch bei der Erarbeitung von Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach bisher geltendem Recht vorgesehen ist. Zu beteiligen sind demnach die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängigen Sachverständigen ist die Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

In den Richtlinien sollen insbesondere Maßstäbe und Grundsätze geregelt werden zu

– der Feststellung des individuellen Unterstützungsbedarfs zum Beispiel bei der Alltagsbewältigung, den sozialen Beziehungen, der Wohn- und familiären Situation,

– der Ermittlung der im individuellen Fall möglichen Hilfe- und Unterstützungsleistungen, die neben den Leistungen der Pflegeversicherung und/oder anderer Sozialleistungsträger einschließlich der regional verfügbaren sonstigen Angebote bestehen, insbesondere im Bereich Alltagsunterstützung, Wohnen und der Teilhabe,

– den Voraussetzungen und Inhalten eines Versorgungsplanes gemäß § 7a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 einschließlich von Vorgaben zur Überwachung, Einhaltung sowie möglicher Anpassung an veränderte Bedarfslagen der ratsuchenden Antragsteller,

– besonderen Vorgaben für einen umfassender auszugestaltenden Versorgungsplan (erweiterter Versorgungsplan) für Beratungstätigkeiten für Personengruppen mit einem erheblichen und umfangreichen Unterstützungsbedarf,

– der Berücksichtigung besonderer Personengruppen und besonderer Bedarfe in der Beratung (z. B. bei demenziellen Erkrankungen, für Kinder, für Personen mit Migrationshintergrund oder Schlaganfall-Patienten mit Pflegebedarf, im Falle von berufstätigen pflegenden Angehörigen).

Im Übrigen sind auch die einschlägigen Empfehlungen des neuen Qualitätsausschusses (vgl. § 113b) vor allem zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Beratungsbesuche nach Maßgabe von § 37 Absatz 3 und 5 im Rahmen der Richtlinienerstellung zu berücksichtigen.

In den Richtlinien sollen auch Vorgaben für eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Beratungsstellen vorgesehen werden unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung nach § 7a Absatz 7.

Ratsuchende sollen eine kurze Zusammenfassung über die wesentlichen Empfehlungen zur Pflegeberatung erhalten können.

Zu Buchstabe c

Die Vorschriften zur Prüfung und Genehmigung der Richtlinien nach Absatz 2 gelten auch für die neu eingeführten Richtlinien nach Absatz 1a zur Pflegeberatung. Bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben nach dieser Vorschrift beteiligt das Bundesministerium für Gesundheit den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege.

Zu Buchstabe d

Der neu angefügte Absatz 3 bestimmt die Möglichkeit eines Selbsteintrittsrechtes des Bundesministeriums für Gesundheit für den Fall, dass der Erlass der in Absatz 1 vorgesehenen Richtlinien zum Begutachtungsinstrument und Begutachtungsverfahren (Begutachtungs-Richtlinien) zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht fristgerecht erfolgt. Damit wird sichergestellt, dass auf Verzögerungen im Zeitablauf bei der Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien seitens des Bundesministeriums für Gesundheit aktiv unter Heranziehung weiterer fachlicher Ressourcen reagiert werden kann. Ferner wird die Veröffentlichungsform der vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Richtlinien bestimmt.

Zu Nummer 17 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Änderung aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Begutachtungsverfahrens.

Zu Doppelbuchstabe bb

Satz 2 wird neu gefasst und setzt dabei zwei Änderungen gegenüber der bisherigen Regelung um: Einerseits entspricht der Satz in der neuen Fassung der Definition des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, zum anderen entfällt der Hinweis auf den bisherigen § 45a und die dort enthaltene Definition erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Zu Buchstabe b

Durch die umfassende Berücksichtigung aller für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien bei der Begutachtung bietet das neue Begutachtungsverfahren nicht nur eine neue, pflegefachlich begründete und damit verbesserte Grundlage zur Einstufung in die Pflegegrade und damit für den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Es kann darüber hinaus einen wichtigen Beitrag zum unmittelbaren pflegerischen Assessment im Rahmen der Planung des individuellen Pflegeprozesses leisten. Dies soll

insbesondere sowohl im Rahmen der umfassenden Beratung und der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a des Elften Buches als auch des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches Berücksichtigung finden. Das Begutachtungsverfahren kann zwar die Pflegeplanung nicht ersetzen, die bereits umfassende und differenzierte Informationserfassung im Begutachtungsverfahren dient jedoch den Pflegebedürftigen und kann die Pflegekräfte in ihrer täglichen Arbeit unterstützen. Es ist daher angemessen, den Antragstellern mit der Zusendung des Bescheides durch die Pflegekasse auch das Gutachten des Medizinischen Dienstes zu übersenden und frühzeitig – d.h. bereits bei der Begutachtung – auf dessen Bedeutung für die Planung und Gestaltung der Versorgung hinzuweisen. Die Übersendung darf aber nicht gegen den Wunsch eines Antragstellers oder einer Antragstellerin erfolgen; auf das entsprechende Widerspruchsrecht wie auf die bereits bestehende Möglichkeit, auch zu einem späteren Zeitpunkt die Übersendung des Gutachtens zu verlangen, sind die Antragsteller hinzuweisen.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, dass sich die Einschränkung hinsichtlich der Anwendung von Satz 1 auf Antragsteller in vollstationärer Pflege bezieht und im Übrigen eine Folgeänderung zur Änderung der Definition von Pflegebedürftigkeit und der Einführung von Pflegegraden umgesetzt.

Zu Buchstabe d

In der pflegefachlichen Entwicklung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit und des Neuen Begutachtungsassessments wurden neben den in § 14 Absatz 2 aufgezählten sechs Bereichen, in denen der Grad der individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen ermittelt wird, und die damit den abschließenden Katalog der zu berücksichtigenden Aktivitäten und Fähigkeiten, bei denen Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit maßgebend sein sollen, darstellen, zwei weitere Bereiche als Module sieben und acht entwickelt, die Aspekte der Hilfebedürftigkeit pflegebedürftiger Menschen beinhalten: Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung. Da jedoch die Erhebung der Beeinträchtigungen aus den Bereichen nach § 14 Absatz 2 bereits alle für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit relevanten Aspekte umfasst, ist die Berücksichtigung dieser beiden Bereiche bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht erforderlich. Die in diesen beiden Bereichen ermittelten Hilfebedarfe sind gleichwohl von großer Bedeutung für die Bewältigung der Pflegesituation, die Verbesserung der häuslichen Versorgung und damit die Stärkung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen. Daher sind Informationen über Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung regelhaft im Rahmen der Begutachtung zu erheben. Diese sollen in der konkreten individuellen Pflegeplanung, aber auch in der Beratung und Versorgungsplanung wie beim Versorgungsmanagement herangezogen werden können. Dementsprechend sind die für die beiden Bereiche in den Nummern 1 und 2 beschriebenen Aktivitäten und Fähigkeitsstörungen als inhaltliche Bestandteile der Begutachtung zu betrachten und in den Richtlinien des Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1 zu konkretisieren.

Zu Buchstabe e

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat im September 2014 erstmalig über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation nach § 18a Absatz 2 berichtet. Nach diesem Bericht sind bei knapp 1,3 Mio., Begutachtungen nur rund 5300 Empfehlungen zu einer medizinischen Rehabilitation ausgesprochen worden. Die Anzahl der ausgesprochenen Empfehlungen (Quote: 0,4 Prozent) ist als deutlich zu gering einzuschätzen. Ein Projekt des Spitzenverband Bund der Pflegekassen „Reha XI - Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK;

Evaluation und Umsetzung“, das im Frühjahr 2014 abgeschlossen wurde, hat dagegen auf der Grundlage eines MDK-übergreifend einheitlichen Verfahrens für die Beurteilung rehabilitativer Bedarfe im Rahmen der Pflegebegutachtung nach dem Elften Buch zu einer Qualitätsverbesserung und zu deutlich mehr Rehabilitationsempfehlungen geführt. Im Rahmen der Studie wurde ein Anteil von 6,3 Prozent an Rehabilitationsempfehlungen ermittelt. Es wurde deutlich, dass bei einem entsprechend verbesserten strukturierten Verfahren deutlich mehr Rehabilitationsempfehlungen und damit ggf. auch eine deutlich höhere Beteiligung an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erreicht werden kann. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen 2015 hat das Ziel gesetzt, den im Projekt entwickelten einheitlichen Begutachtungs-Standard auch bundesweit umzusetzen. Der hier eingefügte Zusatz, dass die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zu treffen sind, verpflichten den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Medizinischen Dienste nunmehr auch gesetzlich zur Umsetzung dieses Ziels.

Damit wird auch der durch das neue Begutachtungsverfahren verbesserten Möglichkeit entsprochen, eine bestehende Rehabilitationsbedürftigkeit erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Zu Buchstabe f

Die Regelung dient der Vereinfachung im Antragsverfahren zwischen Versicherten und der Pflegekasse und unterstützt die Entbürokratisierung der Verfahren zwischen Pflegekassen und MDK. Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung sind bereits jetzt Bestandteil des Gutachtens des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter. Daher soll die Antragstellung auf Bewilligung der empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel unmittelbar auf die im Gutachten ausgesprochenen Empfehlungen aufsetzen. Der Antrag auf Bewilligung der Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel gilt bei Zustimmung des Versicherten bzw. seines/seiner Betreuer/in oder Bevollmächtigten aus diesem Grund mit Eingang des Gutachtens bei der Pflegekasse als gestellt. Dies stellt für die Versicherten eine erhebliche Erleichterung dar. Die Versicherten und ihre Angehörigen sind dadurch in der schwierigen Situation der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit nicht gezwungen, in einem von der Begutachtung abgetrennten Verfahren selbst dann einen Antrag bei der Pflegekasse stellen zu müssen, wenn der Medizinische Dienst bei der Begutachtung bereits eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen hat. Die Pflegekasse hat den so übermittelten Antrag unverzüglich, spätestens mit dem Bescheid über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu entscheiden. Das Vorliegen der medizinischen Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches oder der Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 wird vermutet. Damit ist die fachliche Überprüfung grundsätzlich abgeschlossen und eine weitergehende fachliche Überprüfung der Notwendigkeit aufgrund der gutachterlichen Feststellung nicht mehr erforderlich, es sei denn, die Kranken- oder Pflegekasse stellt in Ausnahmefällen die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Im Übrigen gilt, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein müssen.

Zu Nummer 18 (§ 18a)

Durch die Änderung wird die bestehende Berichtspflicht vor dem Hintergrund der Veränderungen im Begutachtungsverfahren, die sich auch auf das verbesserte Erkennen von Rehabilitationsbedarfen erstrecken und des durch Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die MDK eingeführten veränderten Verfahrens um drei Jahre bis in das Geschäftsjahr 2018 verlängert. Darüber hinaus wird die Anwendung eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung zum verpflichtenden Gegenstand der Berichterstattung gemacht.

Zu Nummer 19 (§ 18c)

Der Prozess der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens erfordert aufgrund der damit verbundenen Herausforderungen

an eine umfassende Auseinandersetzung mit den Grundlagen und Inhalten des Begriffs wie auch mit den vielen Aufgaben und Änderungsschritten, die zu ihrer Vorbereitung und Umsetzung erforderlich sind, ein enges Zusammenwirken der beteiligten Akteure (Pflegkassen, Leistungserbringer, Pflegekräfte) auf der Verbändeebene wie in der Praxis in allen Phasen. Dementsprechend enthält die hier neu eingeführte Vorschrift Regelungen, um diese Zusammenarbeit strukturieren zu können und damit die zeitlich und inhaltlich gesetzten Ziele zu erreichen.

In Absatz 1 wird bestimmt, dass das Bundesministerium für Gesundheit ein Begleitgremium einrichtet, das den Gesamtprozess unterstützen soll und in dem insbesondere auch pflegefachliche und wissenschaftliche Kompetenz repräsentiert ist. Das Begleitgremium ersetzt nicht die gesetzlich vorgeschriebenen Beteiligungsverfahren. Mit dieser Regelung wird die Anregung des Expertenbeirats aufgegriffen, Vorsorge für eine nachhaltende Begleitung („Monitoring“) des Gesamtprozesses zu treffen. Das Gremium soll auch nach der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren seien Arbeit fortsetzen und insbesondere mit Blick auf pflegefachliche Fragen, die in und nach der Umstellung auftreten können, beratend tätig sein. Bei der Einrichtung des Begleitgremiums soll sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend abstimmen.

In Absatz 2 wird bestimmt, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine begleitende wissenschaftliche Evaluation der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowohl für die Vorbereitung als auch für die Umsetzung der Umstellung auf den neuen Begriff und das neue Begutachtungsverfahren durchführen lässt. Die Ergebnisse der Evaluation sind drei Jahre nach dem Stichtag zu veröffentlichen; dies ermöglicht die Synchronisierung des Veröffentlichungsdatums mit dem Zeitpunkt der Veröffentlichung des Berichtes nach § 10 dieses Buches. Während der Evaluation können Zwischenberichte erstellt und veröffentlicht werden.

Zu Nummer 20 (§ 19)

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden im Begutachtungsverfahren künftig für die Einstufung in einen Pflegegrad keine Pflegezeiten mehr festgestellt. Eine Anknüpfung der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegpersonen an eine mindestens vierzehnstündige wöchentliche Pflege ist somit nicht mehr möglich. Um zu gewährleisten, dass geringfügige oder alltägliche Unterstützungsleistungen nicht bereits Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung auslösen (beispielsweise ein einmaliger wöchentlicher Einkauf für den Pflegebedürftigen), wird eine maßvolle Mindestanforderung an den pflegerischen Aufwand der Pflegeperson vorgesehen. Danach sind regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche Hilfen zur Sicherstellung der erforderlichen Pflege notwendig. Unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umfasst „Pflege“ im Sinne der Vorschrift körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

Zu Nummer 21 (§ 23)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufgabe der bisherigen Pflegestufen und Neueinführung von Pflegegraden.

Zu Nummer 22 (§ 28)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zur Einführung des neuen § 43b.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Ergänzung der Übersicht erfolgt aufgrund der Neuverortung des bisher in § 45b Absatz 3 geregelten Anspruchs auf Kostenerstattung für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote unter Anrechnung auf den jeweiligen ambulanten Sachleistungsbetrag im neuen § 45a unter gleichzeitiger Einführung der Bezeichnung Umwandlungsanspruch hierfür.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Neubezeichnung des Anspruchs aus § 45b.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 123.

Zu Buchstabe c

Nach dem bisherigen Absatz 4 Satz 2 sollen bei der Pflege auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden. Diese Regelung war erforderlich, da der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff primär verrichtungsbezogen war. Unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stellt die Kommunikation nicht nur ein maßgebliches Kriterium bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit dar. Vielmehr ist sie auch wesentlicher Bestandteil der Leistungserbringung. Vor diesem Hintergrund ist die zudem nur als Soll-Vorschrift verfasste Regelung in Absatz 4 Satz 2 aufzuheben.

Auch unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kommt der Aktivierung entscheidende Bedeutung zu. Sie wird deshalb in die Regelung zur Selbstbestimmung in § 2 Absatz 1 Satz 2 aufgenommen.

Zu Nummer 23 (§ 28a)

Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Sowohl der Beirat 2009 als auch der Expertenbeirat haben jedoch empfohlen, den Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit, vgl. § 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1) zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich zu hinterlegen.

Die Beeinträchtigungen der Menschen des Pflegegrades 1 sind gering und liegen vorrangig im somatischen Bereich. Sie erfordern Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung. Daneben sind beratende und edukative Unterstützungsangebote von Bedeutung. Insgesamt stehen Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen, ohne dass bereits voller Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung angezeigt ist. Dies gilt insbesondere für Pflegebedürftige, die alleine leben, aber auch für diejenigen, deren soziales Umfeld die erforderlichen Unterstützungsleistungen nicht erbringen kann oder will.

Damit Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die ihnen zustehenden Ansprüche leicht finden und realisieren und somit möglichst selbständig in der gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können, gibt § 28a einen Überblick über die Leistungen, die bei Pflegegrad 1 gewährt werden. Diese reichen von einer umfassenden Pflegeberatung mit Erstellung eines Versorgungsplans (§ 7a) über konkrete Leistungen wie zum Beispiel die Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 40 Absatz 1 bis 3 und 5) und den Wohngruppenzuschlag (§ 38a) bis hin zu dem Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von bis zu 125 Euro, der flexibel eingesetzt werden kann. Der Entlastungsbetrag kann im Wege der Kostenerstattung beispielsweise für Leistungen der Tages- und Nachtpflege oder für Leistungen der Kurzzeitpflege verwandt werden (§ 45b Absatz 1 Satz 3). Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung gemäß § 43 Absatz 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro. Auch der Anspruch auf zusätz-

liche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b steht Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 zu.

Über die in § 28a genannten Leistungen hinaus finden die sonstigen Regelungen dieses Buches grundsätzlich auf Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 Anwendung. So gelten beispielsweise die Regelungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 18 Absatz 1 Satz 3, Absatz 6, § 18a Absatz 1 und 3, §§ 31 und 32) oder die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45e) selbstverständlich auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

Zu Nummer 24 (§ 30)

Die für das Jahr 2017 vorgesehene Prüfung der Notwendigkeit einer Leistungsdynamisierung findet in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur grundsätzlichen Neufestsetzung der Leistungsbeträge im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs statt. Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, die vorgesehene Dynamisierung in die Gesamtausgestaltung der neuen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung direkt zu integrieren. Dabei wird das auf die Leistungsdynamisierung entfallende Finanzvolumen gezielt verwendet, um zum einen die Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär weiter zu fördern und zum anderen im stationären Bereich einer finanziellen Überforderung der Pflegebedürftigen insbesondere in hohen Pflegegraden besser entgegenzuwirken. Die eigentlich ab dem Jahr 2018 vorzunehmende Erhöhung der Leistungen wird in die Neufestsetzung der Leistungsbeträge integriert.

Zu Nummer 25 (§ 33)

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, zur Aufgabe von Pflegestufen, zum Wegfall von Härtefällen und zur Neueinführung von Pflegegraden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Die nicht mehr erforderlichen Angaben zu den jeweiligen Vorversicherungszeiten, die vor dem 1. Juli 2008 gegolten haben, werden gestrichen.

Zu Nummer 26 (§ 34)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Zu Nummer 27 (§ 36)

Zu Absatz 1 und 2

Häusliche Pflegehilfe umfasst als Sachleistung körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Diese pflegerischen Maßnahmen beziehen sich auf die in § 14 Absatz 2 für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit genannten Bereiche. Daneben umfasst häusliche Pflegehilfe auch Hilfen bei der Haushaltsführung. Zur Konkretisierung der bei der Haushaltsführung erforderlichen Hilfen im Sinne des § 14 Absatz 3 sollen auch die Ergebnisse der Begutachtung nach § 18 Absatz 5a herangezogen werden.

Die Neudefinition der häuslichen Pflegehilfe und die damit zusammenhängenden Änderungen des § 36 sind bedingt durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit korrespondierenden Neuen Begutachtungsassessments (NBA). Letzteres erhebt in sechs für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit relevanten Lebensbereichen (Modulen) das jeweilige Ausmaß der Selbständigkeit und damit einhergehend das Ausmaß der Abhängigkeit von Hilfe durch andere. Die bisherige Beschränkung auf bestimmte, körperbezogene Verrichtungen entfällt. Im Mittelpunkt des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit stehen nicht mehr die Defizite, die pflegebedürftige Menschen aufweisen, sondern Ziel ist, das Ausmaß ihrer Selbständigkeit erkennbar zu machen.

Durch die Anknüpfung an den Grad der Selbständigkeit ist es mit dem NBA erstmals möglich, körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige bei der Begutachtung und Einstufung in einen Pflegegrad gleich zu behandeln. Diese Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen beschränkt sich jedoch nicht auf Begutachtung und Einstufung in einen Pflegegrad, sondern setzt sich konsequenterweise im Leistungszugang fort: Wenn alle Pflegebedürftigen bei Begutachtung und Einstufung gleich behandelt werden, stehen ihnen selbstverständlich auch dieselben Leistungen der Pflegeversicherung offen; sie können aus demselben Leistungsangebot wählen und erhalten – abhängig von ihrem Pflegegrad – Leistungen in derselben Höhe.

Dies zugrunde legend entfällt die Berechtigung für Sonderregelungen, wie sie beispielsweise bisher in den §§ 123 und 124 enthalten sind. Sie werden deshalb mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufgehoben. Gleichzeitig müssen die Leistungsinhalte der häuslichen Pflegehilfe mit dem erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit korrespondieren:

Dies erfolgt zum einen, indem sich die pflegerischen Maßnahmen auf die in § 14 Absatz 2 für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit genannten Bereiche beziehen (vgl. § 36 Absatz 1 Satz 2). Dies gilt ausdrücklich auch für die Aspekte von Pflegebedürftigkeit, die bisher nicht erhoben wurden, wie beispielsweise Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (vgl. § 14 Absatz 2 Nummer 3 – Modul 3) die Bewältigung von und der selbständige Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (vgl. § 14 Absatz 2 Nummer 5 – Modul 5), soweit sie nicht anderen Leistungsträgern zugeordnet sind.

Zum anderen erfolgt dies, indem die pflegerische Betreuung als gleichwertige und regelhafte Leistung in die häusliche Pflegehilfe aufgenommen wird. Der jeweilige Sachleistungsbetrag (siehe Absatz 3) steht nunmehr für alle drei Leistungsbereiche – körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung – zur Verfügung. Die bisherige Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung – diese Begriffe werden unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Einklang mit dem veränderten Verständnis von Pflege ersetzt – im Einzelfall sichergestellt sein müssen, wird aufgegeben; sie ist mit dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit nicht vereinbar. Die Pflegebedürftigen können somit aus den Angeboten zugelassener Pflegedienste nach ihren Wünschen und Bedürfnissen frei wählen, unabhängig davon, ob diese Angebote körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung betreffen. Betreuungsleistungen entsprechen vor allem den Wünschen von demenziell erkrankten Menschen und deren Angehörigen, da sie maßgeblich zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen. Aber auch somatisch erkrankte Pflegebedürftige erhalten neue Gestaltungsmöglichkeiten bei der Zusammenstellung ihrer Pflegeleistungen.

Mit der Aufnahme der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in die häusliche Pflegehilfe wird auch eine Empfehlung des Expertenbeirats aufgegriffen. Insbesondere mit Blick auf die Flexibilisierung des Leistungsspektrums des § 36 durch die bisherige Regelung des § 124 (Übergangsregelung: Häusliche Betreuung) empfiehlt der Expertenbeirat nämlich, § 124 in § 36 zu integrieren (siehe Seite 32 des Abschlussberichts vom 27. Juni 2013).

Mit dem Expertenbeirat besteht Übereinstimmung dahingehend, dass die Konkretisierung von Betreuung in dem bisherigen § 124 bereits wichtige Aspekte pflegerischer Betreuung beinhaltet, die beibehalten werden sollen (siehe Seite 32 des Abschlussberichts vom 27. Juni 2013). § 124 Absatz 2 lautet:

„Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht. Sie umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie und schließen insbesondere das Folgende mit ein:

1. Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,
2. Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus.

Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie als Sachleistung in Anspruch genommen werden.“

Über die gesetzliche Regelung hinaus enthält die Begründung eine weitere Umschreibung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen (vgl. Bundestagsdrucksache 17/9369 vom 23. April 2012, Seite 53), die in die hiesige Begründung übernommen werden soll: So können beispielsweise Spaziergänge in der näheren Umgebung ebenso zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte beitragen wie die Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten oder die Begleitung zum Friedhof. Auch Unterstützungsleistungen bei der Regelung von finanziellen und administrativen Angelegenheiten kommen in Betracht. Zur Gestaltung des Alltags gehört auch die Unterstützung bei Hobby und Spiel. Der Begriff der sonstigen Hilfen schließt Hilfen mit ein, bei denen ein aktives Tun nicht im Vordergrund steht. Dies gilt beispielsweise bei Beobachtung zur Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung oder bei einer bloßen Anwesenheit, um dem Pflegebedürftigen emotionale Sicherheit zu geben. Beaufsichtigung durch eine räumlich nicht anwesende Person, insbesondere durch eine Videoüberwachung, ist jedoch keine häusliche Betreuung in diesem Sinne.

Daneben gibt es noch ein Spektrum an psychosozialer Unterstützung, das unter Bezugnahme auf Wingenfeld & Gansweid (Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs; Abschlussbericht April 2013, Seite 35 bis 37) die folgenden Hilfen umfasst:

– Hilfen bei der Kommunikation,
– emotionale Unterstützung,
– Hilfen zur Verhinderung bzw. Reduzierung von Gefährdungen,
– Orientierungshilfen,
– Unterstützung bei der Beschäftigung,
– kognitiv fördernde Maßnahmen,
– Präsenz.

Die Beeinträchtigungen, auf die sich diese Hilfen beziehen, liegen primär in den Bereichen kognitive und kommunikative Fähigkeiten (§ 14 Absatz 2 Nummer 2 – Modul 2), Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (§ 14 Absatz 2 Nummer 3 – Modul 3) sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (§ 14 Absatz 2 Nummer 6 – Modul 6).

Bereits die Begründung zur bisherigen Regelung in § 124 beinhaltet Ausführungen dazu, was keine häusliche Betreuung im Sinne dieser Vorschrift ist (beispielsweise Fahrdienste,

Hilfen bei der schulischen und beruflichen Eingliederung sowie Leistungen, die in den Verantwortungsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers fallen, wie etwa das Verabreichen von Medikamenten im Rahmen der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem Fünften Buch). Diese Negativ-Abgrenzung gilt auch vorliegend. Zudem wird die Negativ-Abgrenzung in zweifacher Hinsicht konkretisiert:

Einerseits sind gemäß Absatz 2 Satz 2 Hilfen in den Bereichen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf, Krankenbehandlung und Rehabilitation im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe ausgeschlossen. Damit soll sichergestellt werden, dass Leistungen, die in den Verantwortungsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers, beispielsweise die Eingliederungshilfe (vgl. § 54 des Zwölften Buches) oder die Krankenversicherung, fallen, auch von diesem erbracht werden. Beinhalten die Hilfen in den genannten Bereichen auch pflegerische Maßnahmen, sind diese integraler Bestandteil der Hilfen und werden von den zuständigen Trägern mit erbracht (Beispiel: Krankenhausaufenthalt; neben den medizinischen Leistungen werden auch die pflegerischen Maßnahmen erbracht.). Vor dem Hintergrund, dass die Leistungen der Pflegeversicherung der Höhe nach begrenzt sind, würde sich eine Verschiebung in die Pflegeversicherung nachteilig für die Betroffenen auswirken. Dies gilt es zu vermeiden. Zudem stehen die Leistungen der Pflegeversicherung den pflegebedürftigen Personen außerhalb der genannten Bereiche nach wie vor zur Verfügung.

Andererseits sieht Absatz 2 Satz 3 vor, dass pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden dürfen, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden. Diese Regelung entspricht der bisherigen Regelung in § 36 Absatz 1 Satz 7 a.F. Sie ist redaktionell angepasst worden an die Aufnahme von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen als gleichwertige und regelhafte Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe. Auch sie dient dazu, Leistungsverschiebungen zulasten der Pflegebedürftigen zu vermeiden. Dem liegen folgende Überlegungen zugrunde:

Durch die Aufnahme insbesondere von kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2), Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen (Modul 3) sowie der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Modul 6) in den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff überschneidet sich die häusliche Pflegehilfe in weitaus größerem Maße mit den Leistungen der Eingliederungshilfe als bisher. Das wirft Schnittstellen- und Abgrenzungsprobleme auf, die möglicherweise Auseinandersetzungen zwischen den Sozialleistungsträgern der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung nach sich ziehen werden. Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe unterscheiden sich zwar in ihrem Ursprung (einerseits Pflegebedürftigkeit, andererseits wesentliche Behinderung) und in ihrer Zielsetzung (einerseits Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeitsstörungen, andererseits Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) von den Leistungen der Eingliederungshilfe. Aber bereits bei der Art der Leistungen, das heißt, welche Maßnahmen konkret erbracht werden, können die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowohl Maßnahmen zur Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeitsstörungen als auch Maßnahmen zur Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfassen.

Gleichzeitig sind die Leistungen der Pflegeversicherung der Höhe nach begrenzt.

Im Interesse der pflegebedürftigen Menschen ist es somit sachgerecht, die Abgrenzung über ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis vorzunehmen: Sind die Träger der Eingliederungshilfe für pflegerische Betreuungsmaßnahmen zuständig, kommt die Pflegeversicherung für diese nicht auf. Damit stehen die Leistungen der Pflegeversicherung den pflegebedürftigen Menschen in voller Höhe für körperbezogene Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung zur Verfügung.

Der Begriff der körperbezogenen Pflegemaßnahmen bezieht sich insbesondere auf Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den Modulen 1 (Mobili-

tät) und 4 (Selbstversorgung), vgl. § 14 Absatz 2 Nummer 1 und 4. Die in diesen Modulen berücksichtigten Aktivitäten entsprechen weitgehend dem bisherigen Verrichtungskatalog in § 14 Absatz 4 a.F. Durch die Bezugnahme in Absatz 1 Satz 2 auf die Module 1 und 4 wird somit einerseits sichergestellt, dass keine Leistung aus dem Bereich der bisherigen Grundpflege „verloren geht“. Andererseits gehören die Module 1 und 4 zum NBA und spiegeln das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit wider.

Neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen umfasst die häusliche Pflegehilfe – wie bisher auch – Hilfen bei der Haushaltsführung. Während unter Geltung des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs Verrichtungen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung von § 14 ausdrücklich erfasst waren (vgl. § 14 Absatz 4 Nummer 4 a.F.), ist die Feststellung von Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Haushaltsführung nicht unmittelbar für die Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit relevant. Dies liegt darin begründet, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und die Fähigkeitsstörungen, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, bereits im Rahmen der Erhebungen der Module 1 bis 6 im jeweils betroffenen Bereich erfasst werden. Die gesonderte Erhebung der Beeinträchtigungen bei der Haushaltsführung als Grundlage für die Hilfe- und Pflegeplanung, die in § 18 Absatz 5a vorgesehen ist, dient zur Präzisierung des Hilfebedarfs, nicht zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Hilfen bei der Haushaltsführung werden jedoch auch weiterhin gewährt. Dafür spricht sich auch der Expertenbeirat aus: Aus pflegefachlichen Gründen solle die hauswirtschaftliche Versorgung Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung bleiben (siehe Seite 32 des Abschlussberichts vom 27. Juni 2013). Die Änderung des Begriffs von hauswirtschaftlicher Versorgung in Hilfen bei der Haushaltsführung berücksichtigt die veränderte Perspektive des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Pflegebedürftige sollen nicht nur (passiv) versorgt, sondern (aktiv) bei der Haushaltsführung unterstützt werden. Auch wenn dies im Einzelfall bis zu einer vollständigen Übernahme von Aktivitäten im Rahmen der Haushaltsführung gehen kann, wird damit betont, dass die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen im Zentrum der pflegerischen Maßnahmen stehen soll. Leistungsinhalt ist eine Unterstützung bei den nach § 18 Absatz 5a erfassten Aktivitäten. Es handelt sich dabei einerseits um typische Hausarbeiten, die jetzt schon von der Pflegeversicherung umfasst werden, also alle in § 14 Absatz 4 Nummer 4 a.F. genannten Hilfen beim Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche sowie der Kleidung und das Beheizen, einschließlich der Konkretisierungen durch die bisherigen Begutachtungsrichtlinien nach § 17 a.F. Andererseits wird zukünftig auch die Unterstützung bei den für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belangen erfasst. Dabei muss es sich um Aktivitäten handeln, die aus pflegefachlicher Sicht besonders wichtig sind, um im eigenen Haushalt verbleiben zu können.

Neben der gesetzlichen Regelung selbst und dieser Begründung erfahren der Begriff der häuslichen Pflegehilfe und somit die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung nähere Ausgestaltung unter anderem durch

– die Bundesempfehlungen und Rahmenvereinbarungen nach § 75,

– die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 und

– das Gemeinsame Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften dieses Buches.

Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe steht Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zu. Welche Ansprüche Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 zustehen, ergibt sich aus § 28a in Verbindung mit den entsprechenden Regelungen.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 ist der Umfang der häuslichen Pflegehilfe geregelt. Es gilt der Grundsatz, dass der Umfang der Leistungen korrespondiert mit dem Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbständigkeit und damit einhergehend mit dem Anstieg der Abhängigkeit von fremder Hilfe. Anknüpfungspunkt für die Leistungsbeträge ist der Grad der Pflegebedürftigkeit, der dies widerspiegelt.

Das Leistungsvolumen der bisherigen Regelung in § 123 (Übergangsregelung: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) ist in das Leistungsvolumen des § 36 integriert worden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 Satz 1 bis 3 entspricht den bisherigen Regelungen in § 36 Absatz 1 Satz 2 bis 4 a.F., so dass sich keine inhaltlichen Änderungen ergeben.

Absatz 4 Satz 4 entspricht vom Grundsatz her der bisherigen Regelung in § 36 Absatz 1 Satz 5. Die Neuformulierung ergibt sich daraus, dass häusliche Pflegehilfe nunmehr körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als gleichwertige und regelhafte Leistungen umfasst.

Zu Nummer 28 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um notwendige Folgeänderungen, die sich aus dem neuen Pflegebegriff und der Einführung der fünf Pflegegrade ergeben. Begrifflich wird an die Neuregelung der Pflegesachleistung angeknüpft und diese inhaltlich nachvollzogen. Das heißt, der Anspruch ist darauf ausgerichtet, körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung unter Einsatz der Pflegegeldleistung selbst sicherzustellen. Diese begriffliche Gleichstellung ist erforderlich, weil die selbst sichergestellte Pflege als Surrogat an die Stelle der Pflegesachleistung tritt. Dabei bleibt der Charakter der Pflegegeldleistung unverändert. Sie stellt kein Entgelt für erbrachte Pflegeleistungen dar, sondern ist eine Art Anerkennung für die innerfamiliäre Unterstützungs- und Hilfeleistung.

Darüber hinaus erfordert die Neueinführung von Pflegegraden schon aus redaktionellen Gründen eine Anpassung des Absatzes 1. Ferner wird die Rechtsänderung dazu genutzt, die nicht mehr erforderlichen Angaben zu den jeweils neuen Leistungsbeträgen in den Jahren 2008, 2010, 2012 und 2015 zu streichen.

Durch die Anpassung wird zudem klargestellt, dass die Pflegegeldleistungen für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 geöffnet sind. Die Leistung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ergibt sich aus den §§ 28a und 45b Absatz 1.

Zu Buchstabe b

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurde eine Regelung eingeführt, die es ermöglicht, während einer Verhinderungs- und während einer Kurzzeitpflege das zuvor gewährte (anteilige) Pflegegeld in halber Höhe weiter zu beziehen (§ 37 Absatz 2 Satz 2 sowie § 38 Satz 4). Zum damaligen Zeitpunkt konnten die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Dementsprechend wurde auch die hälftige Pflegegeldfortzahlung auf jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr limitiert. Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz sind die Ansprüche auf Verhinderungs- und Kurzzeitpflege inzwischen ausgebaut und flexibilisiert worden. Verhinderungspflege kann nun für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen und Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr – unter Anrechnung auf den jeweils anderen Leistungsbetrag – in Anspruch genommen werden.

Hierdurch sind die zeitlichen Höchstgrenzen für die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege einerseits und der Dauer der hälftigen Pflegegeldfortzahlung während einer Verhinderungs- und Kurzzeitpflege andererseits auseinandergefallen. Dies führt in der Praxis zu Umsetzungsschwierigkeiten und Auslegungsproblemen. Daher werden nunmehr die Vorschriften zur hälftigen Fortzahlung des (anteiligen) Pflegegeldes in ihrem Wortlaut an die flexibilisierten zeitlichen Höchstgrenzen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege nach dem Ersten Pflegestärkungsgesetz angepasst, um eventuell auftretende Nachteile für die Versicherten zu vermeiden.

Das heißt, das (anteilige) Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in halber Höhe fortgewährt.

Zu Buchstabe c

Die Überarbeitung wird dazu genutzt, die Regelung zu den Beratungsbesuchen nach Absatz 3 und auch in Absatz 5 und 7 behutsam weiterzuentwickeln, um sie an die Erfordernisse anzupassen, die sich aus dem neuen Pflegebegriff ergeben, und zugleich die Qualität der Beratung zu verbessern. Es ist nicht daran gedacht, die Zielsetzung der Beratung nach dieser Vorschrift grundlegend zu ändern oder zu erweitern. Es soll mit den Änderungen in der Hauptsache sichergestellt werden, dass die Qualität der selbst sichergestellten Pflege durch eine individuelle Beratung gewährleistet bleibt.

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu den Dreifachbuchstaben aaa und bbb

In Absatz 3 Satz 1 werden in Anlehnung an die Vorschläge des Expertenbeirates die verpflichtenden Beratungseinsätze für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 auf einen halbjährlichen und für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 auf einen vierteljährlichen Turnus festgesetzt.

Die Beratungsinstitutionen werden nicht verändert. Nach dem geltenden Recht werden die Beratungsbesuche insbesondere durch zugelassene Pflegedienste durchgeführt. Dies soll auch weiterhin ermöglicht werden, da von den Pflegediensten flächendeckend pflegefachlicher Sachverstand vorgehalten wird.

Gleichwohl ist anzuerkennen, dass bei der Beratung nach dieser Vorschrift Verbesserungsbedarf gesehen wird. Dem wird unter anderem durch eine Neustrukturierung der einschlägigen Regelungen zum Zustandekommen der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche in Absatz 5 Rechnung getragen.

Die Ausrichtung der Beratung ist mit der Einführung des neuen Pflegebegriffs zudem inhaltlich zu verbreitern. Bislang war die pflegefachliche Beratung – entsprechend dem bisherigen Pflegebegriff – häufig auf den Bedarf von somatisch Pflegebedürftigen ausgerichtet. Nunmehr ist vor allem eine zielgruppenspezifische Beratungskompetenz erforderlich, die insbesondere auch den Belangen von an Demenz erkrankten Menschen in vollem Umfang gerecht wird. Um dem neuen Pflegebegriff Rechnung zu tragen, muss sich die pflegefachliche Beratung, anstatt sich auf die pflegefachlichen Belange im herkömmlichen Sinne zu beschränken, künftig also weiterentwickeln und insbesondere in noch stärkerem Maße an den jeweiligen individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfen ausgerichtet werden. Die Beratung soll daher je nach dem Bedarf der Pflegebedürftigen Hinweise nicht nur zu Problemlagen im Zusammenhang mit körperlichen Einschränkungen beinhalten, sondern etwa auch zu Fragen, die die Bereiche der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, den Bereich der Bewältigung und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie den Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte betreffen. Sie ist mithin auf die Bedarfslagen auszurichten, die mit dem neuen Pflegebegriff umschrieben sind. Die Beratungsbesuche sollen den Pflegebedürftigen aber auch Kenntnis über weitergehende Beratungs- und Schulungsmöglichkeiten nach diesem

Buch vermitteln. Die Pflegebedürftigen sollen insbesondere aktiv und ausdrücklich auf die Möglichkeit der unentgeltlichen Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der eigenen Häuslichkeit, hingewiesen werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Da die Personengruppe von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nicht mehr über § 45a erfasst wird, sondern regelhaft einem der fünf Pflegegrade zugeordnet wird, entfallen die insoweit in Satz 5 ff. geregelten Beratungsansprüche. Stattdessen wird sowohl für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 als auch für Pflegebedürftige, die Sachleistungen in Anspruch nehmen, jeweils ein halbjährlicher Anspruch auf einen Beratungseinsatz eingeführt. Dies trägt dem Anliegen Rechnung, auch diesen Personengruppen einen verbindlichen Anspruch auf eine regelmäßige individuelle Beratung zu Fragen, die ihre pflegerische Situation und ihre Betreuungssituation betreffen, zu verschaffen.

Für die Vergütung der Beratungseinsätze verbleibt es im Kern bei der bisherigen Struktur. Bei der Änderung der Höhe der Vergütung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit verbundenen Neuverteilung der finanziellen Mittel der Pflegeversicherung.

Zu Doppelbuchstabe cc

Bislang konnten Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des bisherigen § 45a, die (noch) nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllten, die Beratungseinsätze auch bei anerkannten Beratungsstellen abrufen, die für die Anerkennung keine pflegefachliche Kompetenz nachweisen mussten. Diese Versicherten werden nun einem der Pflegegrade zugeordnet, ohne dass unterscheidbar wäre, in welchem Maße ihre Pflegebedürftigkeit vor allem auf somatischen oder vor allem auf kognitiven, geistigen oder psychischen Einschränkungen beruht. Gesonderte Beratungsstellen für eine besondere Gruppe Pflegebedürftiger vorzuhalten, entspricht somit nicht mehr dem neuen Begriff von Pflegebedürftigkeit. Vielmehr hat sich das Verständnis dessen, was unter „pflegefachlicher Kompetenz“ zu verstehen ist, mit dem neuen Pflegebegriff weiterzuentwickeln. Beratungsstellen, die bisher Beratungen nach Absatz 3 Satz 7 durchgeführt haben, können weiterhin Beratungen nach Absatz 3 anbieten, wenn sie unter Nachweis der hierfür unter Geltung des neuen Pflegebegriffs erforderlichen Kompetenzen eine neue Anerkennung nach Absatz 7 erhalten.

Zu Buchstabe d

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Absatz 5 sieht bislang die Vereinbarung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche auf Bundesebene durch die Partner der Selbstverwaltung vor. Ein Beschluss über die Empfehlungen ist bisher nicht zustande gekommen. Die Empfehlungen haben nach der Konzeption des Gesetzes allerdings eine wichtige Funktion für die Gewährleistung der Beratungsqualität. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, Strukturen einzuführen, die das Zustandekommen der Empfehlungen sicherstellen. Hierzu wird der Beschluss über die Empfehlungen nunmehr den Vertragsparteien nach § 113 zugeordnet: Diese beschließen die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche durch den Qualitätsausschuss gemäß § 113b. Zugleich wird festgelegt, dass es erstmalig spätestens bis zum 1. Januar 2018 zu einem Beschluss über die Empfehlungen kommen muss.

Die Vertragsparteien erhalten durch den Qualitätsausschuss einen Rahmen für den Beschluss der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche. Wenn es in den Beratungen im Qualitätsausschuss nicht zu einer Einigung kommt, wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei, aber auch des Bundesministeriums für Gesundheit in einen „erweiterten Qualitätsausschuss“ umgewandelt. Dieser zeichnet sich dadurch aus, dass ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unpar-

teiische Mitglieder hinzutreten und nunmehr das Mehrheitsprinzip für die Beschlussfassung gilt (vgl. § 113b Absatz 3 Satz 1 und 5). Die durch den erweiterten Qualitätsausschuss getroffenen Festsetzungen haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Beschlussfassung (vgl. § 113b Absatz 3 Satz 6), wie sie durch die Vertragsparteien nach § 113b Absatz 1 ohne Hinzuziehung der Unparteiischen einvernehmlich getroffen wird.

Sowohl dem Bundesministerium für Gesundheit als auch mit dessen Einvernehmen den Vertragsparteien nach § 113 steht ein Initiativrecht zur Einleitung eines Beschlussverfahrens hinsichtlich neuer Empfehlungen zu. die vorgegebene Frist von sechs Monaten, innerhalb derer es zu einem Beschluss kommen muss, ist auch in diesem Fall das Zustandekommen der Empfehlungen sichergestellt.

Inhaltlich weist der seit dem Jahr 2003 vorliegende Entwurf einer Vereinbarung nach Absatz 5 wichtige Merkmale auf, die als Ausgangspunkt für eine aktuelle Empfehlung angesehen werden könnten. Es sollten wenigstens Empfehlungen aufgenommen werden zur

– Strukturqualität der Beratungsinstitutionen, wie beispielsweise zum eingesetzten Beratungspersonal und dessen Beratungskompetenz,

– zur Prozessqualität mit Aussagen etwa zur Durchführung der Beratungseinsätze und deren Dokumentation sowie

– zur Ergebnisqualität, die etwa die Wirkung der Beratung beschreibt.

Ferner stellen die Feststellung der Pflegequalität und die zu deren Sicherung erforderlichen Schritte, einschließlich der Einbindung der Pflegekasse, wichtige Inhalte der Empfehlung dar. Vor diesem Hintergrund wird auch ausdrücklich auf die Anforderungen, die sich aus Absatz 4 ergeben, hingewiesen und deren Beachtung bei der Beschlussfassung über die Empfehlungen vorgeschrieben. Der Beschluss des Qualitätsausschusses ist dem Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 113b Absatz 8 Satz 1 vorzulegen und kann gemäß § 113b Absatz 8 Satz 2 innerhalb von zwei Monaten beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit stimmt sich insoweit mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege ab.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Absatzes 3 Satz 7. Beratungsstellen, die bisher nach Absatz 7 Satz 4 anerkannt waren, können bei Nachweis der hierfür unter Geltung des neuen Pflegebegriffs erforderlichen pflegefachlichen Kompetenzen und eines entsprechenden Konzepts zur Qualitätssicherung erneut eine Anerkennung nach Absatz 7 erhalten.

Zu Nummer 29 (§ 38)

Zu Buchstabe a

Die bisherige Regelung in § 36 Absatz 4 zur Leistung für Personen, die als Härtefälle anerkannt sind, entfällt, weil dieser Personenkreis bei der leistungsrechtlichen Zuordnung in den fünf neuen Pflegegraden aufgeht und keiner gesonderten Regelung mehr bedarf. Mithin bedarf es auch keiner Berücksichtigung mehr bei der Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen, so dass sich der entsprechende Verweis auf § 36 Absatz 3 beschränken kann.

Zu Buchstabe b

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurde eine Regelung eingeführt, die es ermöglicht, während einer Verhinderungs- und während einer Kurzzeitpflege das zuvor gewährte (anteilige) Pflegegeld in halber Höhe weiter zu beziehen (§ 37 Absatz 2 Satz 2 sowie § 38 Satz 4). Zum damaligen Zeitpunkt konnten die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

Dementsprechend wurde auch die hälftige Pflegegeldfortzahlung auf jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr limitiert. Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz sind die Ansprüche auf Verhinderungs- und Kurzzeitpflege inzwischen ausgebaut und flexibilisiert worden. Verhinderungspflege kann nun für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen und Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr – unter Anrechnung auf den jeweils anderen Leistungsbetrag – in Anspruch genommen werden.

Das hierdurch aufgetretene Auseinanderfallen der zeitlichen Höchstgrenzen für die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege einerseits und der Dauer der hälftigen Pflegegeldfortzahlung während einer Verhinderungs- und Kurzzeitpflege andererseits führt in der Praxis zu Umsetzungsschwierigkeiten und Auslegungsproblemen. Daher werden nunmehr die Vorschriften zur hälftigen Fortzahlung des (anteiligen) Pflegegeldes in ihrem Wortlaut an die flexibilisierten zeitlichen Höchstgrenzen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege nach dem Ersten Pflegestärkungsgesetz angepasst, um eventuell auftretende Nachteile für die Versicherten zu vermeiden.

Das heißt, das anteilige Pflegegeld, das während einer Kombinationsleistung zu gewähren ist, wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.

Zu Nummer 30 (§ 38a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit verbundenen Neuverteilung der finanziellen Mittel der Pflegeversicherung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung des bisherigen § 45a enthält die Definition der erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz. Diese Regelung entfällt mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Vor diesem Hintergrund ist der Verweis hierauf in Absatz 1 als Folgeänderung zu streichen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Aufhebung des § 123 sowie der Übernahme von Regelungsinhalten aus dem bisherigen § 45b in den neuen § 45a.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine redaktionelle Berichtigung ohne inhaltliche Änderung.

Zu Doppelbuchstabe ee

Ziel des Wohngruppenzuschlages ist es, gemeinschaftliche Pflegewohnformen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen und außerhalb des klassischen „betreuten Wohnens“ leistungsrechtlich besonders zu unterstützen. Besonders in den Blick zu nehmen sind hier anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppen – also Wohngruppen, die nicht von den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen selbst organisiert werden, sondern bei denen ein bestimmter Anbieter oder ein Dritter den in der Wohngruppe lebenden Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet. Auch bei diesen Wohngruppen muss sich aus einer Gesamtschau ergeben, dass es sich weiterhin um eine ambulante Versorgungsform handelt, die sich in Anbetracht der insgesamt von dem Anbieter oder Dritten für die Wohngruppenmitglieder angebotenen oder gewährleisteten

Leistungen von einer vollstationären Versorgung unterscheiden lässt. Durch die Anpassungen im Wortlaut wird noch deutlicher als bisher zum Ausdruck gebracht, dass Wohngruppen nicht als solche im Sinne des § 38a anerkannt werden können, in denen nach dem zugrundeliegenden Gesamtkonzept der Leistungserbringung vom Anbieter der Wohngruppe oder einem Dritten zugleich Leistungen angeboten werden, die insgesamt weitestgehend dem Umfang vollstationärer Pflege entsprechen.

Zu Buchstabe b

Es wird immer wieder beklagt, dass Anbieter Leistungen für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen mit Angeboten der teilstationären Pflege in einer Weise verknüpfen, die nicht der Zwecksetzung des Gesetzgebers entspreche. Primäre Zielsetzung sei dabei, alle möglichen Leistungstatbestände zu kombinieren, ohne dass damit ein erkennbarer Zusatznutzen in der pflegerischen Versorgung erreicht werde. Mit der Änderung soll derartigen Kombinationsmöglichkeiten der Boden entzogen werden, ohne den Mitgliedern von ambulant betreuten Wohngruppen den Zugang zu Leistungen der teilstationären Pflege zu verschließen.

Zu Nummer 31 (§ 39)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Anspruch auf Verhinderungspflege haben ab der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann dabei wie bisher weiterhin in allen Fällen auch für die Aufwendungen für eine erforderliche Betreuung im Rahmen der Sicherstellung der Ersatzpflege des Anspruchsberechtigten eingesetzt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Wortlaut von Absatz 1 Satz 3 wird sprachlich klarer gefasst, um die Verständlichkeit der Vorschrift zu erhöhen; eine inhaltliche Änderung ist hiermit nicht verbunden. Darüber hinaus wird Absatz 1 um die nicht mehr erforderlichen Angaben zu den jeweils neuen Leistungsbeträgen in den Jahren 2008, 2010, 2012 und 2015 redaktionell bereinigt.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift des bisherigen Absatzes 3, nach der der Leistungsbetrag nach Absatz 1 unter Anrechnung auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege erhöht werden kann, wird nun Absatz 2. Durch eine Anpassung des Wortlauts im neuen Absatz 2 Satz 1 wird zudem verdeutlicht, dass die Möglichkeit zur Nutzung von maximal der Hälfte der noch nicht in Anspruch genommenen Mittel der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 zugunsten von Leistungen der Verhinderungspflege geschaffen worden ist, um hiermit den Leistungsbetrag nach § 39 Absatz 1 Satz 3 in allen Fällen zu erhöhen, in denen dieser zur Ermittlung der (Gesamt-)Leistungshöhe im § 39 einschlägig ist. Die entsprechende Flexibilisierung soll also sowohl in den Fällen der Ersatzpflege nach § 39 Absatz 1 als auch in den Fällen der erwerbsmäßig ausgeübten Ersatzpflege im Sinne des neuen § 39 Absatz 3 Satz 2 sowie den Fällen der Übernahme nachgewiesener notwendiger Aufwendungen von nahen Angehörigen oder Haushaltsmitgliedern nach dem neuen § 39 Absatz 3 Satz 3 und 4 ermöglicht werden. Unverändert bleibt es in allen Fällen einer Ausweitung des Anspruchs auf Verhinderungspflege unter Nutzung der Kurzzeitpflegemittel dabei, dass eine entsprechende Anrechnung auf den Anspruch auf Kurzzeitpflege erfolgt, dieser sich also insoweit vermindert.

Zu Buchstabe c

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Der bisherige Absatz 2, der den Fall der Ersatzpflege durch nahe Verwandte oder Verschwägerte bis zum zweiten Grad und durch Haushaltsmitglieder regelt, wird Absatz 3. Die Regelungen in diesem Absatz werden zudem sprachlich klarer gefasst, um die Verständlichkeit der Vorschrift zu erhöhen; inhaltliche Änderungen sind hiermit nicht verbunden.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 32 (§ 41)

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung wird bereits am Anfang der Norm klargestellt, dass die Leistungen der Tages- und Nachtpflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 geöffnet sind. Die Leistung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ergibt sich aus § 45b Absatz 1. Danach können Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 den ihnen zustehenden Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 im Wege der Kostenerstattung auch für Leistungen der Tages- und Nachtpflege einsetzen.

Zu Buchstabe b

Die teilstationäre Pflege dient der Unterstützung und Sicherstellung der häuslichen Versorgung. Gesetzessystematisch stellt sie aber eine Form der stationären Versorgung dar, bei der während des Aufenthaltes in der Einrichtung eine umfassende Versorgung zu gewährleisten ist. Dies spiegelte sich bereits im bisher geltenden Leistungsrecht zumindest insoweit wider, als von der Pflegeversicherung im Rahmen der Leistungsbeträge die Aufwendungen für Grundpflege und auch für soziale Betreuung zu tragen waren. Vor diesem Hintergrund erfordert der neue Pflegebegriff, der neben den somatisch bedingten Einschränkungen nunmehr auch die kognitiv bedingten Einschränkungen der Selbständigkeit besser als bisher berücksichtigt, für die leistungsrechtliche Beschreibung und Einordnung teilstationär zu erbringender Sachleistungen der Pflegeversicherung keine grundsätzliche Neuorientierung, sondern vor allem eine begriffliche Klarstellung.

Dieser Auffassung ist offenbar auch der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dessen Empfehlungen zur Ausgestaltung der Leistungsinhalte in seinem Bericht vom 27. Juni 2013 keine näheren Ausführungen zur teilstationären Pflege enthalten.

Die begriffliche Klarstellung erfolgt in Satz 1 dergestalt, dass nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach bisherigem Verständnis auf die sogenannte Grundpflege beziehen, und den Aufwendungen für soziale Betreuung differenziert wird. Entsprechend dem neuen Pflegebegriff und dem neuen Verständnis von Pflege wird Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen. Im Übrigen erfolgt keine Änderung. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege.

Die Aufgabe der bisherigen Pflegestufen und die Neueinführung von Pflegegraden erfordern allein aus redaktionellen Gründen eine Anpassung des Absatzes 2. Ferner wird die Rechtsänderung dazu genutzt, die nicht mehr erforderlichen Angaben zu den jeweils neuen Leistungsbeträgen in den Jahren 2008, 2010, 2012 und 2015 zu streichen.

Die Leistungsbeträge der teilstationären Pflege nach Satz 2 sind für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 geöffnet. Die Leistungsbeträge entsprechen – wie bisher auch – den Leistungsbeträgen der ambulanten Sachleistung nach § 36.

Zu Buchstabe c

Die Ergänzung ergibt sich daraus, dass die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 sowie die in Absatz 3 genannten weiteren Leistungen nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 geöffnet sind.

Zu Nummer 33 (§ 42)

Zu Buchstabe a

Anspruch auf Kurzzeitpflege in dem in § 42 geregelten Umfang haben ab der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ausschließlich Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Unberührt davon bleibt der Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b, nach dem unter anderem auch für Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeitpflege entstanden sind, eine Kostenerstattung erfolgen kann. Im Rahmen des Entlastungsbetrags nach § 45b haben daher auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 Zugang zu Leistungen der Kurzzeitpflege. Kurzzeitpflege soll dabei stets insbesondere auch auf aktivierende Pflege ausgerichtet sein.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Bereits mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde geregelt, dass der Anspruch auf Kurzzeitpflege als solcher bis zu acht Wochen je Kalenderjahr umfassen kann, wenn Mittel der Verhinderungspflege zugunsten der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Um die Anwendung der Vorschrift in der Praxis zu vereinfachen, wird die zeitliche Höchstgrenze für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nun generell auf acht Wochen je Kalenderjahr ausgedehnt. Es bleibt jedoch bei der betragsmäßigen Höchstgrenze von grundsätzlich 1 612 Euro je Kalenderjahr für die Kurzzeitpflege. Dieser Leistungsbetrag kann wie bisher nur erhöht werden, soweit nach Maßgabe des Absatzes 2 Satz 3 und 4 Mittel der Verhinderungspflege zugunsten der Kurzzeitpflege eingesetzt werden, wodurch sich der Anspruch auf Verhinderungspflege entsprechend vermindert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Von den Pflegekassen übernommen werden im Rahmen des Anspruchs auf Kurzzeitpflege die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Auf die Begründung zu der entsprechenden Änderung in § 41 Absatz 2 wird Bezug genommen.

Darüber hinaus wird Absatz 2 um die nicht mehr erforderlichen Angaben zu den jeweils neuen Leistungsbeträgen in den Jahren 2008, 2010, 2012 und 2015 redaktionell bereinigt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Änderung erfolgt, um die Anwendung der Vorschrift in der Praxis zu vereinfachen. Auf die Begründung zu Doppelbuchstabe aa wird Bezug genommen.

Zu Nummer 34 (§ 43)

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung wird bereits am Anfang der Norm klargestellt, dass die vollstationäre Sachleistung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 geöffnet ist. Die Leistung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ist in Absatz 3 geregelt.

Zu Buchstabe b

Im Rahmen der vollstationären Pflege ist von der Einrichtung eine umfassende Versorgung zu gewährleisten. Dies spiegelte sich bereits im bisher geltenden Leistungsrecht

zumindest insoweit wider, als von der Pflegeversicherung im Rahmen der Leistungsbeträge die Aufwendungen für Grundpflege und auch für soziale Betreuung zu tragen waren. Vor diesem Hintergrund erfordert der neue Pflegebegriff, der neben den somatisch bedingten Einschränkungen nunmehr auch die kognitiv bedingten Einschränkungen der Selbständigkeit besser als bisher berücksichtigt, für die leistungsrechtliche Beschreibung und Einordnung vollstationär zu erbringender Sachleistungen der Pflegeversicherung keine grundsätzliche Neuorientierung, sondern vor allem eine begriffliche Klarstellung.

Die begriffliche Klarstellung erfolgt in Satz 1 dergestalt, dass nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach bisherigem Verständnis auf die sogenannte Grundpflege beziehen, und den Aufwendungen für soziale Betreuung differenziert wird. Entsprechend dem neuen Pflegebegriff und dem neuen Verständnis von Pflege wird Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen. Im Übrigen erfolgt keine Änderung. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege.

Die Aufgabe der bisherigen Pflegestufen und die Neueinführung von Pflegegraden erfordern allein aus redaktionellen Gründen eine Anpassung von Absatz 2 Satz 2. Ferner wird die Rechtsänderung dazu genutzt, die nicht mehr erforderlichen Angaben zu den jeweils neuen Leistungsbeträgen in den Jahren 2008, 2010, 2012 und 2015 zu streichen.

Zu Buchstabe c

Absatz 3 sieht eine Neuregelung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 in vollstationärer Pflege vor. Diese erhalten zu den in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich, dies jedoch nicht als Sachleistung, sondern in Form der Kostenerstattung. Somit ist sichergestellt, dass Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 in vollstationärer Pflege grundsätzlich derselbe Geldbetrag zur Verfügung steht, wie Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 in häuslicher Pflege. Gleichzeitig findet damit der Umstand Berücksichtigung, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit in Pflegegrad 1 gering sind.

Absatz 3 in seiner bisherigen Fassung ist hinfällig. Unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade ist eine gesonderte Anerkennung für Härtefalle nicht mehr vorgesehen. Die Bedarfe und Defizite der Personengruppen, die bisher der Härtefallregelung zugeordnet wurden, werden nunmehr im Rahmen der fünfstufigen Graduierung mit abgebildet. Vor diesem Hintergrund sind gesonderte Regelungen zur Berücksichtigung von Härtefällen einschließlich ihres zahlenmäßigen Anteils an den Leistungsempfängern in vollstationärer Pflege nicht mehr erforderlich.

Zu Buchstabe d

Die bisherige Regelung, dass bei nicht notwendiger vollstationärer Versorgung ein Zuschuss in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge gewährt wird, ist bei Anwendung der neuen Leistungsbeträge nicht mehr sinnvoll, da diese im ambulanten Bereich zum Teil höher sind als im stationären Bereich. Deshalb erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in diesen Fällen nunmehr einen Zuschuss in Höhe von 80 Prozent des in Absatz 2 Satz 2 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Gesamtwertes. Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 gilt dies entsprechend, das heißt, sie erhalten 80 Prozent des in Absatz 3 genannten Betrages.

Zu Nummer 35 (§ 43a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade sowie zur Einführung des § 28a für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

Zu Nummer 36 (§ 43b)

Die Neuregelung im Fünften Titel (Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen), § 43b (Inhalt der Leistung), gibt Pflegebedürftigen in stationären

Pflegeeinrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegen ihre Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen.

Bislang ist die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen in § 87b lediglich als vergütungsrechtliche Regelung ausgestaltet. Danach haben stationäre Pflegeeinrichtungen Anspruch auf Vereinbarung leistungsrechtlicher Zuschläge zur Pflegevergütung, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Erst mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung erhält die anspruchsberechtigte Person einen Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung (vgl. § 87b Absatz 2 Satz 4). Ein Individualanspruch aus der Pflegeversicherung besteht nicht. Dies wird mit der Neuregelung geändert.

Unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige sowohl bei der Einstufung in einen Pflegegrad als auch beim Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung gleich behandelt, bestünde grundsätzlich kein Anlass, das Angebot auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung (ehemals § 87b) aufrecht zu erhalten. Vor diesem Hintergrund weist auch der Expertenbeirat in seinem Abschlussbericht darauf hin, dass es folgerichtig wäre, die Leistungsvolumina des § 87b in die Leistungsbeträge nach § 43 zu integrieren (Seite 36 des Abschlussberichts vom 27. Juni 2013).

Gleichzeitig betont der Expertenbeirat jedoch auch, dass durch die Gestaltung der zukünftigen Regelungen sichergestellt werden müsse, dass die zusätzliche Betreuung und Aktivierung auch in Zukunft tatsächlich stattfinde (Seite 36 des Abschlussberichts vom 27. Juni 2013). Dieses Anliegen wird mit der Schaffung des neuen, eigenständigen Leistungsanspruchs in § 43b aufgegriffen.

Zudem gilt es, Folgendes zu bedenken:

Der bisherige Vergütungszuschlag gemäß § 87b ist von der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen zu tragen. Weder die anspruchsberechtigten Personen noch die Träger der Sozialhilfe sind damit zu belasten (vgl. § 87b Absatz 2 Satz 1 und 3). Außerdem wurden bisher nach der Pflegestatistik aus dem Jahr 2013 rund 28 000 zusätzliche Betreuungskräfte von den Trägern stationärer Pflegeeinrichtungen eingestellt, um den anspruchsberechtigten Personen Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung anbieten zu können. Die so entstandenen Strukturen und auch die Finanzierung der Maßnahmen sollen in der bisherigen Form erhalten bleiben. Auch dies sichert die neue Regelung in § 43b ab.

§ 43b gilt für alle stationären Einrichtungen, also neben den vollstationären Einrichtungen auch für die teilstationären Einrichtungen. Er gilt ebenso für alle Pflegebedürftigen in diesen Einrichtungen, also auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

§ 43b beinhaltet leistungsrechtlich den Individualanspruch des Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegeversicherung. Die vertrags- und vergütungsrechtliche Umsetzung wird in die §§ 84 ff. integriert; § 87b wird aufgehoben (siehe im Einzelnen die Begründung zu den §§ 84 und 85). Das Nähere zur Qualifikation und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte wird in der entsprechenden Richtlinie gemäß § 53c – neu – geregelt.

Zu Nummer 37 (§ 44)

Zu Buchstabe a

Mit der Neufassung wird der Anspruch auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen durch die Pflegeversicherung unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geregelt. Mit dem neuen Begutachtungsverfahren werden künftig keine Pflegezeiten mehr bemessen, aus denen sich der wöchentliche Pflegeaufwand der Pflegepersonen direkt ablesen ließe. Es wird daher nicht mehr an den wöchentlichen Pflegeaufwand von 14 Stunden, sondern an den Pflegegrad angeknüpft. Alle Personen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 regelmä-

ßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegen (Pflegeperson im Sinne des § 19), haben grundsätzlich einen Anspruch auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen. Der Begriff „Pflege“ wird hier dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend so verstanden, dass er neben der körperbezogenen Pflege auch Maßnahmen der Betreuung umfasst; darüber hinaus werden auch Tätigkeiten im Rahmen der Haushaltsführung mit berücksichtigt. Voraussetzung ist auch weiterhin, dass die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und keine Vollrente wegen Alters bezieht. Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die rentenrechtliche Absicherung nicht für Pflegepersonen geöffnet, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen.

Werden die erforderlichen Pflegeleistungen für einen Pflegebedürftigen von mehreren Personen erbracht, muss für jede benannte Pflegeperson eine gutachterliche Aussage dazu getroffen werden, welchen Anteil der Unterstützungsleistungen sie für den Pflegebedürftigen erbringt, um so den jeweils zustehenden relativen Anteil des Rentenbeitrages berechnen bzw. zuordnen zu können. Um auszuschließen, dass eine nur in sehr geringem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeit einer Pflegeperson bereits zu einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung führt (beispielsweise einmal in der Woche vorlesen oder einkaufen gehen), muss der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) mindestens 30 Prozent der Pflege betragen, die von ehrenamtlichen Pflegepersonen erbracht wird. Die Anteile gewerblicher Anbieter an der Pflege bleiben hierbei unberücksichtigt. Für die Berechnung dieses prozentualen Pflegeaufwandes von mindestens 30 Prozent können für eine Pflegeperson auch anteilige Pflegetätigkeiten bei anderen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 hinzugerechnet werden (addierter Pflegeaufwand).

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des Absatzes 1.

Zu Buchstabe c

Zur besseren Übersichtlichkeit werden die bisherigen Sätze 6 und 7 des Absatzes 1 in einen neuen Absatz 2a überführt. Die Ansprüche zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sind somit künftig für das Sechste Buch (Rentenversicherung) im Absatz 1 und für das Siebte Buch (Unfallversicherung) sowie das Dritte Buch (Arbeitsförderung) im Absatz 2a geregelt. Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die Absicherung in der Unfallversicherung sowie die Ansprüche zur Arbeitsförderung – ebenso wie die rentenrechtliche Absicherung - nicht für Pflegepersonen geöffnet, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung bedingt durch die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des Absatzes 1 sowie um eine Folgeänderung zur Änderung des § 166 des Sechsten Buches.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des Absatzes 1.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen entrichten unter den Voraussetzungen des § 44 Absatz 1 Satz 1 und 2 zur Verbesserung der sozialen Sicherung nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen Beiträge an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Erhält der Pflegebedürftige Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens, sind die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen und den Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder den Dienstherrn anteilig zu tragen und unmittelbar an den Rentenversicherungsträger zu zahlen. Aus diesem Grund erfragt die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen im Antragsverfahren auf Leistungen von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle oder den Dienstherrn und teilt dieser bzw. diesem bei Feststellung der Beitragspflicht nach bisher geltendem Recht nur die in § 44 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 5 und 8 genannten Angaben sowie den Beginn der Beitragspflicht mit.

Bei einer Änderung in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, zum Beispiel einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflegetätigkeit oder bei einem Wechsel der Pflegeperson, wurden von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen bisher keine Folgemeldungen an die Beihilfestellen oder den Dienstherrn übermittelt. Die Beihilfestellen oder der Dienstherr erfuhren dadurch nicht oder erst verspätet bei Beantragung der Beihilfeleistung von den geänderten Verhältnissen. Dadurch kam es zu fehlerhaften, verspäteten oder unterbliebenen Beitragszahlungen an die Rentenversicherungsträger. Daraus resultierende Einnahme- bzw. Zinsverluste der Rentenversicherungsträger sowie aufwändige und fehlerhafte Prüfverfahren bei den Beihilfestellen wurden auch vom Bundesrechnungshof beanstandet.

Mit der Neuregelung werden die Meldetatbestände der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen erweitert. Künftig sind auch Änderungen in den Verhältnissen, die Einfluss auf die Versicherungs- und Beitragspflicht oder die Höhe der Beiträge in der gesetzlichen Rentenversicherung haben, den Beihilfestellen oder dem Dienstherrn mitzuteilen.

Zu Buchstabe f

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung des Absatzes 1.

Zu Nummer 38 (§ 44a)

Seit dem 1. Januar 2015 haben Beschäftigte, die ihr Recht auf kurzzeitige Freistellung von der Arbeit gemäß § 2 des Pflegezeitgesetzes wahrnehmen, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen, unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf ein Pflegeunterstützungsgeld von der sozialen oder privaten Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen (bzw. bei beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen anteilig von den Beihilfestellen oder dem Dienstherrn). Aus dem Pflegeunterstützungsgeld sind nach den beitragsrechtlichen Vorschriften der jeweiligen Sozialgesetzbücher Beiträge zur Arbeitsförderung sowie zur Renten- und Krankenversicherung zu entrichten. Die Beiträge werden hälftig von der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen (bei Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn) und dem Beschäftigten getragen. Die jeweiligen Leistungsträger zahlen den gesamten Sozialversicherungsbeitrag an die zuständige Einzugsstelle. Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen sowie die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder der Dienstherr den

jeweiligen Anteil des Beschäftigten an den Sozialversicherungsbeiträgen mit der Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes verrechnen können.

Zu Nummer 39 (§ 45)

Zu den Buchstaben a und b

Den Pflegekursen der Pflegekassen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen kommt vielfältige Bedeutung zu. Mit ihnen soll zum einen das allgemeine Interesse der Menschen im Bereich der Pflege aufgegriffen und gefördert werden. Mit ihnen sollen zum anderen aber auch pflegefachliche Kenntnisse und praktische Hilfestellungen vermittelt werden, um eine konkrete Pflegesituation so gut wie möglich bewältigen zu können. Letzteres nimmt auch das Präventionsgesetz in den Blick, das eine Ergänzung dahingehend vorsieht, dass mit Hilfe der Schulungskurse der Entstehung von körperlichen und seelischen Belastungen bei den Pflegepersonen vorgebeugt werden soll.

Indem die Pflegekassen Pflegekurse nunmehr verpflichtend – entweder als Gruppen- oder als Einzelschulungen – durchzuführen haben, wird betont, wie wichtig die Schulungskurse sind. Dies gilt sowohl für die Pflegepersonen, beispielsweise die pflegenden Angehörigen, als auch für die betroffenen Pflegebedürftigen. Denn je besser die Pflegepersonen körperlich und seelisch mit der Pflege zurecht kommen, umso besser geht es in der Regel auch dem Pflegebedürftigen selbst. Durch die Einführung des neuen Pflegebegriffs wird das Bild von Pflege zudem vielschichtiger. Um den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen im Pflegealltag gut gerecht werden zu können, sind deshalb gerade Schulungsangebote ein wichtiger Baustein. Dies gilt beispielsweise auch bei der Unterstützung der Pflegebedürftigen bei besonderen krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen oder der Herausforderung, den Pflegebedürftigen trotz ihres Hilfebedarfs weiterhin die Pflege sozialer Kontakte zu eröffnen. Diese Unterstützung jeden Tag zu leisten, kann als weniger belastend erfahren werden, wenn die pflegenden Angehörigen und anderen an ehrenamtlicher Pflege interessierten Personen hierzu fachlich qualifizierte Hilfestellungen erhalten haben. Deshalb wird die bisherige Sollvorschrift zu einer Verpflichtung der Pflegekassen weiterentwickelt, Schulungskurse durchzuführen. Dies entspricht ebenfalls einer Empfehlung des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich in seinem Abschlussbericht vom 27. Juni 2013 auch dafür ausgesprochen hatte, die edukativen Leistungen der Pflegeversicherung weiter zu stärken.

In den Kursen ist dabei der Einführung des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit Rechnung zu tragen, das allem Handeln zugrunde liegt und entsprechend vermittelt werden muss. Im Mittelpunkt stehen hierbei nicht mehr die Defizite, die pflegebedürftige Menschen aufweisen, sondern Ziel ist, das Ausmaß ihrer Selbständigkeit erkennbar zu machen. Davon ausgehend wird sodann das Ausmaß der Abhängigkeit von Hilfe durch andere festgestellt, so dass die Schulungen hier individuell und gezielt ansetzen können.

Zudem wird der Zugang zu Einzelschulungen in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen erleichtert: Auf Wunsch der Pflegeperson findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung statt. Damit kann auf die individuelle Pflegesituation ebenfalls im alltäglichen Wohnumfeld eingegangen und nach Verbesserungsmöglichkeiten für alle Beteiligten gesucht werden.

Zu Nummer 40 (Fünfter Abschnitt des Vierten Kapitels)

Die bisherigen Sonderregelungen für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden aufgrund der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entbehrlich, so dass der Regelungsgehalt des bisherigen § 45a entfällt. Insbesondere der Bereich der ursprünglich für den Personenkreis der Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz entwickelten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, der durch das Erste Pflegestärkungsgesetz bereits im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftig-

keitsbegriff für alle Pflegebedürftigen geöffnet und zugleich inhaltlich um niedrigschwellige Entlastungsangebote erweitert worden ist, soll jedoch erhalten bleiben und weiterhin besonders gefördert werden. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass die Ansprüche auf die Leistungen entsprechender Angebote zusammen mit den Fördervorschriften zum Auf- und Ausbau der entsprechenden Angebotsstrukturen wie auch der Strukturen von Ehrenamt und Selbsthilfe allgemein in einem eigenen Abschnitt geregelt bleiben. Der Fünfte Abschnitt des Vierten Kapitels wird somit im Rahmen der jetzt erfolgenden Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes weiterentwickelt. Demgemäß wird auch die Überschrift des Fünften Abschnitts angepasst. Zugleich werden die Vorschriften übersichtlicher gegliedert und der Sprachgebrauch insgesamt vereinheitlicht.

Zu § 45a

Die bislang erst in § 45c Absatz 3 und 3a erfolgende Definition der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote wird nun zu Beginn des Abschnitts in einem neuen § 45a Absatz 1 und 2 zusammengefasst und zugleich übersichtlicher gegliedert. Da es sich bei der Bezeichnung als niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote um einen für die Bürgerinnen und Bürger mitunter schwer verständlichen und in den meisten Fällen erklärungsbedürftigen Begriff handelt, werden nun neue, leichter verständliche Begriffe eingeführt. Die bisherigen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote werden dabei unter dem neuen Oberbegriff der „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ zusammengefasst. Je nach der Ausrichtung der Angebote kann es sich dabei um „Betreuungsangebote“ (z. B. Tagesbetreuung, Einzelbetreuung), „Angebote zur Entlastung von Pflegenden“ (z. B. durch Pflegebegleiter) oder „Angebote zur Entlastung im Alltag“ (z. B. in Form von praktischen Hilfen) handeln. Diese Begriffe sollen den Bürgerinnen und Bürgern Orientierung bieten, welche (Haupt-)Ausrichtung die jeweiligen Angebote verfolgen. Wie schon bislang können die Anbieter aber selbstverständlich sowohl separat nur einzelne Tätigkeitsbereiche abdecken – etwa nur Betreuung oder nur Entlastung bei der Bewältigung allgemeiner Anforderungen des Alltags anbieten – als auch integrierte Angebote vorhalten, die mehrere Bereiche aus einer Hand abdecken.

Wie bereits bislang in § 45c Absatz 3 geregelt, basieren die Angebote zur Unterstützung im Alltag auf einem Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots enthält und aus dem sich ergibt, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Um die Transparenz für die Anspruchsberechtigten und ihre Angehörigen zu erhöhen, soll das Konzept außerdem eine nachvollziehbare Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Kosten, die den Anspruchsberechtigten dafür entstehen, enthalten. Diese Übersichten sollten einfach zugänglich veröffentlicht werden und finden auch Eingang in die Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Absatz 3. Das Nähere bestimmen die Länder nach dem neuen Absatz 3 per Rechtsverordnung. Im neuen § 45a Absatz 3 wird ferner nun auch gesetzlich konkretisiert, was bereits bislang untergesetzlich vorausgesetzt wurde: Jedes Angebot zur Unterstützung im Alltag muss sich Gedanken zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der eingesetzten Helfenden machen. So wird beispielsweise jemand, der die Betreuung von Menschen übernehmen möchte, die demenziell erkrankt sind, entsprechende Kenntnisse gerade hierfür erwerben. Jemand, der ein Angebot für haushaltsnahe Dienstleistungen vorhält, wird seine Qualifikation im Bereich der Hauswirtschaft sowie der weiteren haushaltsnahen Tätigkeiten, die erbracht werden sollen, nachweisen. Jemand, der Pflegeverantwortung tragende Angehörige und vergleichbar Nahestehende unterstützen will, wird eine sachgerechte Schulung durchlaufen, die ihn dazu befähigt, diese verantwortungsvolle Tätigkeit verlässlich durchführen zu können. (Siehe auch Bundestagsdrucksache 18/1798, Seite 36.) Grundsätzlich vorauszusetzen ist zudem das Vorhandensein eines gewissen, angemessenen Grund- und Notfallwissens im Umgang mit Pflegebedürftigen, dies gilt auch bei einem Einsatz im rein hauswirtschaftlichen Bereich (siehe auch Bundestagsdrucksache 18/1798, Seite 36).

Die bereits bisher in § 45c Absatz 3 und 3a enthaltene, nicht abschließende Aufzählung von Beispielen für Betreuungs- und Entlastungsangebote wird im neuen § 45a Absatz 1 nun zusammengeführt und zugleich geschlechtergerechter formuliert; die Begriffe „Alltagsbegleiter“ und „Pflegebegleiter“ sind hier als geschlechtsneutrale Gattungsbegriffe zu verstehen.

Die bislang in § 45b Absatz 4 enthaltene Ermächtigung der Länder, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote zu bestimmen, wird nun in § 45a Absatz 3 geregelt und um die nähere Bestimmung der Vorgaben zur Abfrage der aktuell angebotenen Leistungen und der Höhe der hierfür jeweils erhobenen Kosten, die den Anspruchsberechtigten in Rechnung gestellt werden sollen, ergänzt. Betreuungsangebote und Entlastungsangebote können dabei wie bislang sowohl jeweils eine separate Anerkennung nach dem jeweiligen Landesrecht erhalten als auch – bei Vorliegen eines integrierten Angebots sowohl von Betreuung als auch von Entlastung – eine gemeinsame Anerkennung als Betreuungs- und Entlastungsangebot.

Der bislang in § 45b Absatz 3 geregelte Anspruch auf eine Kostenerstattung für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote unter Anrechnung auf den Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen – maximal in Höhe von 40 Prozent des jeweiligen Höchstbetrags für ambulante Sachleistungen – wird nun in § 45a Absatz 4 geregelt. Da dieser Kostenerstattungsanspruch auf einer teilweisen Umwandlung des in § 36 für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbetrags beruht, wird für ihn die Bezeichnung „Umwandlungsanspruch“ eingeführt. Dieser Anspruch steht den nach § 36 Absatz 1 anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen, also den Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zu. An der bereits bei Einführung der Regelung durch das Erste Pflegestärkungsgesetz vorgesehenen Evaluation innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten wird festgehalten. Da die Vorschrift am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, wird in Satz 7 hierfür nun konkret der Zeitraum bis zum 31. Dezember 2018 benannt.

Zu § 45b

Der bisherige Anspruch auf „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ wird nun besser verständlich als „Entlastungsbetrag“ bezeichnet. Da die Grundlage für die bisherige Unterscheidung zwischen Grundbetrag und erhöhtem Betrag – nämlich die Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu Ausmaß und Schwere der vorliegenden Schädigungen und Fähigkeitsstörungen im Sinne des bisherigen § 45a – entfällt, wird nunmehr allen Anspruchsberechtigten ein einheitlicher Entlastungsbetrag gewährt.

Es handelt sich bei der Leistung nach § 45b unverändert um einen Kostenerstattungsanspruch, der zum Ersatz von Aufwendungen im Zusammenhang mit Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, zugelassener Pflegedienste oder nach Landesrecht anerkannter niedrigschwelliger Betreuungs- oder Entlastungsangebote eingesetzt werden kann. Entsprechend der Neufassung des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels werden die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote dabei jetzt mit dem Begriff „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ bezeichnet und es wird anstatt auf § 45c in Nummer 4 nun auf § 45a neuer Fassung verwiesen, ohne hiermit inhaltlich eine Änderung vorzunehmen. Da Betreuung jetzt – wie bereits bislang die hauswirtschaftliche Versorgung – integraler Bestandteil der Leistungen ambulanter Pflegedienste ist und sich insoweit der Anwendungsbereich des § 36 im Zusammenspiel mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erweitert und Leistungen umfasst, die zum Teil bislang als unter § 45b fallend betrachtet wurden, entfällt jedoch der bisherige „Sonderbereich“ für das Tätigwerden zugelassener Pflegedienste in § 45b. Eine Erstattung erfolgt dementsprechend für die Leistungen ambulanter Pflegedienste im Sinne des § 36, nicht jedoch – wie bereits bislang – für Leistungen, die in Bezug auf körperbezogene Pflege (bislang: „Grundpflege“) erbracht werden. Die entsprechende Beschränkung folgt der Empfehlung des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbe-

griffs, der in seinem Abschlussbericht vom 27. Juni 2013 hinsichtlich der Einführung einer Entlastungsleistung ausgeführt hatte, die Verankerung eines separaten Betrages solle einen Anreiz setzen, dass Angehörige und andere Pflegepersonen sich tatsächlich entlasten. Hiermit war nicht vorrangig eine finanzielle Entlastung beabsichtigt, sondern eine praktische Entlastung im Sinne einer tatsächlichen Reduzierung der mit der Übernahme von Pflegeverantwortung einhergehenden Belastungen im Alltag. Dies kann regelmäßig insbesondere durch die Inanspruchnahme von Leistungen der pflegerischen Betreuung und von Hilfen bei der Haushaltsführung erreicht werden. Um den Bedarf an Leistungen der körperbezogenen Pflege (bislang: „Grundpflege“) abzudecken, steht Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 dagegen jeweils der reguläre Leistungsbetrag nach § 36 zur Verfügung.

Allerdings gilt dies nicht für Pflegegrad 1. Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ging zwar davon aus, dass ein großer Teil des Hilfebedarfs der Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 insgesamt über Angehörige und andere privat Pflegende aufgefangen werden würde, insbesondere für Versicherte des Pflegegrades 1, die externe Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen möchten oder müssen, zum Beispiel weil sie alleinlebend sind, hat er jedoch gleichwohl eine Kostenerstattung auch für Leistungen der Grundpflege empfohlen. Dementsprechend gilt die Herausnahme von Leistungen der körperbezogenen Pflege aus Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 nur für die Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 hingegen können den Entlastungsbetrag auch für Aufwendungen einsetzen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der körperbezogenen Pflege im Sinne des § 36 entstehen. Die mit den ambulanten Pflegediensten für die Leistungserbringung nach § 36 vereinbarten Vergütungssätze bilden dabei auch bei einer Leistungserbringung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die Obergrenze für die von den Versicherten hierfür zu entrichtenden Vergütungen.

Bei Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege ist eine Differenzierung danach, ob es sich um Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen handelt, nicht geboten, da es sich in der teil- und vollstationären Pflege jeweils um einheitliche Gesamtleistungen handelt, die eine Trennung nach betreuerischem und körperpflegerischem Bereich nicht zulassen. Bei diesen Leistungen ist vielmehr davon auszugehen, dass sie insgesamt zur Entlastung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags beitragen. Gegenüber der bisherigen Rechtslage erfolgt also keine Änderung.

Die Leistungen nach § 45b finden bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 weiterhin keine Berücksichtigung.

In § 45b Absatz 2 erfolgt eine redaktionelle Anpassung an die Neustrukturierung der Vorschriften und eine Bereinigung des Textes um eine nur für die Jahre 2008/2009 relevante Übergangsregelung; der Inhalt der Vorschrift wird im Übrigen nicht verändert.

Zu § 45c

Der bisherige § 45c Absatz 1 wird klarer gegliedert; zudem wird die Förderung ehrenamtlicher Strukturen, die bislang in § 45d Absatz 1 geregelt war, in den neuen § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 4 integriert. Da die Förderung nach dem bisherigen § 45d Absatz 1 bereits bislang aus den in § 45c vorgesehenen Fördermitteln und nach dem gleichen Verfahren und den sonstigen Vorgaben im Sinne des § 45c erfolgte, ergibt sich hierdurch materiell keine Änderung. Die Regelung aller aus den Mitteln des § 45c förderfähigen Strukturen in einer einzigen Norm erfolgt vielmehr, um die Übersichtlichkeit über die verschiedenen Förderzwecke und -inhalte zu erhöhen.

Im Rahmen der Modellförderung nach dem neuen § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 5 sollen wie bisher in § 45c Absatz 1 und 4 geregelt auch weiterhin neue Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige gefördert und hierbei insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksa-

men Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige in einzelnen Regionen erprobt werden. Denn eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für an Demenz erkrankte Menschen bleibt auch nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Herausforderung und eine Aufgabe der Pflegeversicherung und der Infrastrukturverantwortlichen in den Ländern. Eine bessere Vernetzung der Hilfsangebote ist dementsprechend ebenfalls Teil des nationalen Aktionsprogramms „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“, das die Allianz für Menschen mit Demenz am 15. September 2014 vereinbart hat. Es gibt jedoch auch weitere Gruppen Pflegebedürftiger, deren Versorgung aktuell noch strukturelle Defizite aufweist und daher in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf. Dies betrifft beispielsweise Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund, bei denen die Weiterentwicklung einer bedürfnisgerechten und kultursensiblen Versorgung und Vernetzung der vorhandenen Hilfen verstärkt in den Blick genommen werden sollte. Auch die Förderung von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen in solchen Bereichen kann über § 45c erfolgen.

Die bisherigen Absätze 6 und 7 des § 45c werden zu Absatz 7 und 8, ihr Inhalt bleibt unverändert.

Zu § 45d

Absatz 2 und 3 des bisherigen § 45d bilden den Wortlaut des neuen § 45d. Die Vorschrift regelt damit jetzt in einer eigenständigen Norm die Förderung der Selbsthilfe, für die bereits seit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz in der Pflegeversicherung auch eigenständige Fördermittel bereitgestellt werden. Die Bedeutung der Selbsthilfe wird hierdurch unterstrichen. Neben Angehörigen von Pflegebedürftigen werden nun auch den Pflegebedürftigen vergleichbar Nahestehende in der Vorschrift explizit benannt (vgl. hierzu auch Bundestagsdrucksache 18/1798, Seite 35). Die auf dem bisherigen § 45a beruhenden Sonderregelungen werden redaktionell bereinigt; eine inhaltliche Änderung findet insoweit nicht statt.

Zu Nummer 41 (§ 46)

Mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs entstehen den Krankenkassen, die für die Durchführung der Pflegeversicherung zuständig sind, aufgrund der Umstellungsarbeiten einmalig höhere Verwaltungskosten im Jahr 2017. Danach ist wieder mit einem deutlichen Rückgang der Verwaltungskosten zu rechnen. Die pauschale Erstattung der Verwaltungskosten in Zeiten deutlicher Leistungsausweitungen führt danach zu Zuwächsen, die über die tatsächliche Verwaltungstätigkeit hinausgehen. Vor diesem Hintergrund ist der bei unveränderter Berechnungsformel sich ergebende Mehrerstattungsbetrag dauerhaft zu hoch.

Zu Nummer 42 (§ 53c)

Angesichts der leistungsrechtlichen Neuregelung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen in § 43b und der damit verbundenen Überführung der vertrags- und vergütungsrechtlichen Regelungen in die Vorschriften des allgemeinen Pflegesatzverfahrens wird der Auftrag des bisherigen § 87b Absatz 3 für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte zu erlassen, inhaltlich unverändert als neuer § 53c in das Fünfte Kapitel integriert.

Zu Nummer 43 (§ 55)

Die Beitragssatzerhöhung trägt dem Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung Rechnung. Parallel zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz um 0,2 Prozentpunkte angehoben.

Zu Nummer 44 (§ 75)

Zu Buchstabe a

In den Landesrahmenverträgen sind insbesondere die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen vereinbart. Im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind von den Vereinbarungspartnern die Personalstruktur und die Personalrichtwertvereinbarungen zu prüfen und auf die neuen Pflegegrade hin anzupassen. Dabei sind insbesondere bereits vorliegende Untersuchungen und Erfahrungswerte, handlungsleitende Verfahrensabsprachen sowie die vorliegenden Erkenntnisse aus den beiden im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellprojekten zur Erprobung des Neuen Begutachtungsassessments – „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments“ und „Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ – zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Durch die erste Stufe der Föderalismusreform im Jahr 2006 ist die Zuständigkeit für den ordnungsrechtlichen Teil des Heimrechts auf die Länder übergegangen (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 des Grundgesetzes). Für die Übergangszeit, in der die Länder noch keine eigenen Gesetze erlassen hatten, galt das Heimgesetz uneingeschränkt fort (Artikel 125a Absatz 1 Grundgesetz). Mittlerweile haben alle Länder von dieser Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht und die ordnungsrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes durch landesrechtliche Regelungen ersetzt. Der Hinweis auf die Heimpersonalverordnung des Bundes ist damit gegenstandslos.

Zu Nummer 45 (§ 82)

Die Neufassung stellt klar, dass die Pflegevergütung für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen auch die Betreuung umfasst.

Zu Nummer 46 (§ 84)

Zu Buchstabe a

Die Änderung folgt der angepassten Formulierung im Leistungsrecht.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

In den Bemessungsgrundsätzen für die Vergütung in stationären Pflegeeinrichtungen wird im Hinblick auf das Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs künftig nicht mehr in drei Pflegeklassen eingeteilt, da sich diese derzeit in der Praxis mit den jeweiligen Pflegestufen weitestgehend decken. Stattdessen wird nach dem Versorgungsaufwand und entsprechend der zugrunde zu legenden fünf Pflegegrade eingeteilt. An dem grundsätzlichen Erfordernis der Leistungsgerechtigkeit der zu vereinbarenden Pflegesätze wird hierbei unverändert festgehalten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Für die Pflegesätze im vollstationären Bereich sind in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Kosten vorzusehen (einrichtungseinheitliche Eigenanteile). Diese werden ausgehend von dem jeweiligen prospektiven Versorgungsaufwand abzüglich der Summe des Leistungsbetrags nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 ermittelt. Damit wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. Dies ist im Rahmen

der Reform insbesondere deshalb von Bedeutung, weil sonst Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz infolge des Erreichens höherer Pflegegrade höhere Eigenanteile als nach dem bisherigen Recht zu tragen hätten. Auf dieses Problem wurde auch in den Diskussionen der Expertenbeiräte von verschiedenen Teilnehmern hingewiesen. Die vollstationären Leistungsbeträge nach § 43 werden in ihrer Höhe so zueinander gestaffelt, dass sie zusammen mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil im Durchschnitt den der in der vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragten Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS) festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen. Um auch bei Änderungen der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung (z. B. durch eine Leistungsdynamisierung) eine einheitliche Höhe der Eigenanteile zu gewährleisten sind diese dann für die Pflegeeinrichtung neu zu ermitteln. Mit dem Übergang zu in den Pflegegraden 2 bis 5 einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen wird für die finanzielle Planung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Sicherheit geschaffen. Für sie ergibt sich eine Vereinfachung der Vergleichbarkeit und der individuellen Kalkulation.

Zu Buchstabe c

Entsprechend der leistungsrechtlichen Integration der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87b in das Vierte Kapitel erfolgt die Aufnahme der vertrags- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen in die allgemeinen Vorschriften für die Vergütung der stationären Pflegeleistungen. Dabei bleibt die bisherige Ausgestaltung als zusätzliche, die Pflegebedürftigen finanziell nicht belastende Leistung, die durch zusätzliches Betreuungspersonal in den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht wird, erhalten. Eine Absenkung der vereinbarten Pflegesätze, beispielsweise im Hinblick auf die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen, ist mit der Vereinbarung der Vergütungszuschläge nicht verbunden. Die Qualifikationsanforderungen und die Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen ergeben sich aus den Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 53c.

Das Vereinbarungs- und Abrechnungsverfahren wird ebenfalls im Grundsatz unverändert beibehalten. Der Empfehlung des Expertenbeirates folgend ist nunmehr von allen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen verpflichtend neben der Pflegesatzvereinbarung für die Finanzierung des zusätzlichen Betreuungspersonales ein separater Vergütungszuschlag zur Finanzierung des ergänzenden Angebotes zu vereinbaren. Dabei sind die Vorgaben in § 84 zur Leistungsgerechtigkeit der Vergütung und zur Sicherstellung der Anerkennung von tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ausdrücklich mit einbezogen.

Die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die bislang noch keinen Gebrauch von dem fakultativen Vergütungszuschlag gemacht haben, sind dazu aufgefordert, zur Finanzierung der neuen ergänzenden Betreuungs- und Aktivierungsangebote die separaten Vergütungszuschläge im Rahmen ihrer Überleitung der stationären Pflegesätze mitzuvereinbaren. Für den teilstationären Bereich wird hierfür die Möglichkeit beibehalten, auch geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 des Vierten Buches als zusätzliche Betreuungskräfte einzusetzen, um das zusätzliche Leistungsangebot auch in kleinen teilstationären Pflegeeinrichtungen mit der nötigen Flexibilität sicherzustellen. Dies soll auch weiterhin nicht zu einer Verdrängung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse führen.

Zu Nummer 47 (§ 85)

Siehe die Begründung zur Änderung des § 84.

Zu Nummer 48 (§ 87a)

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc

Die Änderungen sind Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Begriffes der Pflegegrade. Zudem stehen sie auch im Zusammenhang mit der Abschaffung der Kategorie der Pflegeklasse in § 84.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Neben den Änderungen – siehe Begründung zu Buchstabe a – wird der Erstattungsbetrag bei Rückstufung an die neuen Leistungsbeträge angepasst. Er entspricht mit 2 952 Euro der Differenz aus den Leistungsbeträgen der Pflegegrade 3 und 2 innerhalb eines Halbjahreszeitraumes.

Zu Doppelbuchstabe bb

Siehe Begründung zu Buchstabe a.

Zu Nummer 49 (§ 87b)

Siehe die Begründung zu den Änderungen der §§ 43b, 53c und 84.

Zu Nummer 50 (§ 89)

Zu Buchstabe a

Die Änderung folgt der Neufassung des § 36 und stellt klar, dass bei der Vereinbarung von Vergütungen in der ambulanten Pflege die Leistungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung zu umfassen haben.

Zu Buchstabe b

Die Änderung folgt der Neufassung des § 36.

Zu Nummer 51 (§ 90)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderung zu § 89.

Zu Nummer 52 (Überschrift zum Vierten Abschnitt des Achten Kapitels)

Redaktionelle Folgeänderung der Überführung der Regelung des § 92 in § 8a – neu –.

Zu Nummer 53 (§ 92)

Aus systematischen Gründen erhält die Regelung einen neuen Standort (§ 8a – neu –).

Zu Nummer 54 (Überschrift zum Fünften Abschnitt des Achten Kapitels)

Redaktionelle Folgeänderung der Überführung der Regelung des § 92c in § 7c – neu –.

Zu Nummer 55 (§ 92c)

Die in § 92c getroffenen Regelungen der Absätze 1 bis 4 sowie 7 bis 9 zur Beratung in und durch Pflegestützpunkte sollen aufgrund des engen Sachzusammenhangs aus dem vergütungsrechtlichen Achten Kapitel diesen Buches unverändert in die im Ersten Kapitel

geregelten Allgemeinen Vorschriften und Anforderungen an den Auftrag der Pflegekassen zur Aufklärung, Auskunft und Beratung nach §§ 7 ff. verschoben werden (§ 7c Pflegestützpunkte – neu –). Die Regelungen des § 92c in Absatz 5 und 6 zur Anschubfinanzierung von Pflegestützpunkten mit befristeter Geltung sind ausgelaufen und werden ebenso wie § 92c zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Buchstabe a

Die bisherigen Absätze 1 bis 4 sowie 7 bis 9 werden unverändert in den neuen § 7c überführt.

Die bisherigen Regelungen in Absatz 5 und 6 zur Anschubfinanzierung von Pflegestützpunkten mit befristeter Geltung sind ausgelaufen und werden zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

Die Regelung des Absatzes 5 war als Anreiz für einen zügigen Aufbau der Pflegestützpunkte ab 1. Juli 2008 konzipiert und sah eine Anschubfinanzierung für die Einrichtung von Pflegestützpunkten bis zum 30. Juni 2011 vor. Alle Länder mit Ausnahme von Sachsen und Sachsen-Anhalt haben hiervon Gebrauch gemacht. Diese Länder haben sich für den Aufbau anderer Angebote der Pflegeberatung entschieden.

Absatz 6 regelt die Förderhöhe je Pflegestützpunkt. Da der Förderzeitraum nach Absatz 5 abgelaufen ist und auch Absatz 6 keine Regelungswirkung mehr entfalten kann, werden diese Bestimmungen aufgehoben.

Zu den Buchstaben b, c und d

Redaktionelle Folgeänderungen der Aufhebung der Absätze 5 und 6 des bisherigen § 92c.

Zu Nummer 56 (§ 94)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des § 28a, der die Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 aufführt. Die Pflegekassen werden ermächtigt, personenbezogene Daten auch zur Prüfung der Leistungspflicht und zur Gewährung von Leistungen an Versicherte im Hinblick auf die in § 28a aufgeführten Ansprüche zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich bei der Erweiterung der Nummer 7 zum Einen um eine Folgeänderung zur Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a. Aufgabe der Pflegekassen nach dem geänderten § 7 sind jetzt Aufklärung und Auskunft der Versicherten.

Zum Anderen handelt es sich um die Ermächtigung, personenbezogene Daten der Erbringer von Leistungen und Hilfen zur Pflege erheben, verarbeiten und nutzen zu können, um über das Angebot dieser Erbringer zu beraten. Sie trägt der Ergänzung der Leistungs- und Preisvergleichslisten in § 7 Absatz 3 um Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a dieses Buches Rechnung.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung der Überführung des § 92c in § 7c – neu –.

Zu Nummer 57 (§ 95)

§ 95 wird um die Ermächtigung der Verbände der Pflegekassen erweitert, personenbezogene Daten der Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege erheben, verarbeiten und nutzen zu können, um die Leistungs- und

Preisvergleichslisten über das Angebot der Leistungserbringer erstellen, fortschreiben und auf einer Internetpräsenz veröffentlichen zu können (vgl. die Begründung zur Änderung von § 94 Absatz 1 Nummer 7).

Zu Nummer 58 (§ 97)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 38a Absatz 1 Satz 2. Der Medizinische Dienst wird dadurch ermächtigt, personenbezogene Daten im Rahmen der Prüfung nach § 38a Absatz 1 Satz 2 zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Gleiches gilt für den gegenüber der Pflegekasse zu erbringenden Nachweis.

Zu Nummer 59 (§ 108)

Die bisherige Formulierung sah vor, dass die Pflegekassen ihre Versicherten auf Antrag über die im letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten unterrichten. Da das in Frage stehende Geschäftsjahr in der Regel dem Kalenderjahr entspricht, gab es keine rechtliche Grundlage für die Übermittlung von Daten aus dem laufenden Jahr. Diese rechtliche Grundlage wird mit der Änderung geschaffen: Nunmehr sind Versicherte auch über die Leistungen zu unterrichten, die im laufenden Jahr, also zeitnah vor Antragstellung, erbracht wurden.

Mit dieser Änderung wird der Auskunftsanspruch gegenüber den Pflegekassen mit dem Anspruch auf Auskunft gegenüber den Krankenkassen nach § 305 Absatz 1 SGB V harmonisiert. Dies verbessert die Transparenz des Leistungsgeschehens für die Versicherten. Durch die Verlängerung des Zeitraums auf 18 Monate werden die auskunftspflichtigen Pflegekassen zudem von Verwaltungsaufwand entlastet. Dies ermöglicht zudem die Unterrichtung über zeitlich weiter zurückliegende Leistungsinanspruchnahmen.

Zu Nummer 60 (§ 109)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Streichung des Merkmals eingeschränkte Alltagskompetenz, da diese im Rahmen des Neuen Begutachtungsassessments nicht mehr festgestellt wird.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der nun auch die unter dem Begriff der Angebote zur Unterstützung im Alltag zusammengefassten Hilfen explizit benannt werden.

Zu Nummer 61 (§ 112)

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung der §§ 41 bis 43.

Zu Nummer 62 (§ 113)

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc

Die Verantwortung der Vertragsparteien nach § 113 ist durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und auch durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz angewachsen. Seit 2013 ist auch die Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen an den unterschiedlichen Entscheidungsprozessen geregelt. Diese Entwicklung wird mit diesem Gesetz fortgeschrieben. Das betrifft sowohl die Konkretisierung der Aufgaben der Vertragsparteien als auch die konsequente und kontinuierliche Heranziehung wissenschaftlicher Expertise für die Bewältigung dieser Aufgaben und

schließlich die Neugestaltung der Strukturen, in denen die entsprechenden Vereinbarungen und Beschlüsse zu fassen sind.

Dementsprechend sind auch die bestehenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität von den Vertragsparteien durch den Qualitätsausschuss nach § 113b neu zu vereinbaren. Die Inhalte der neu zu schließenden Vereinbarungen entsprechen einerseits weitgehend denen der von den Vertragsparteien bereits vereinbarten Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Dazu gehören insbesondere auch die Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation. Hier sind jetzt auch die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation aufzugreifen.

Andererseits sollen die neu zu beschließenden Maßstäbe und Grundsätze hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Gesamtverfahren zur Qualitätsmessung, Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung über die bisher hierzu bestehende Vorgabe hinaus gehen, Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität zu regeln. Die Maßstäbe und Grundsätze erhalten damit eine zentrale Funktion für die Einführung und Umsetzung des indikatorengestützten Verfahrens. Die nähere Bezeichnung der Vereinbarungen wird daher um den Begriff "Qualitätsdarstellung" erweitert.

Die Streichung der in Satz 1 genannten Frist stellt eine Anpassung an den aktuellen Sachstand, die Streichung der Vereinbarungsform "gemeinsam und einheitlich" stellt eine Folgeänderung zu den in § 113b neu geregelten Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner dar. Die Art der Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wird nunmehr durch einen Verweis auf § 118 klargestellt.

Die bisherigen Regelungen zu den Anforderungen an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 4 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie zu den Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4 entfallen. Dies stellt eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 114 Absatz 4 dar.

Für den stationären Bereich sind die Maßstäbe und Grundsätze bis zum 30. Juni 2017 zu vereinbaren; die wissenschaftlichen Grundlagen hierfür sollen gemäß § 113b Absatz 4 Nummern 1 und 2 bis zum 31. März 2017 vorliegen. Die Maßstäbe und Grundsätze für den ambulanten Bereich sind bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren; der Abschlussbericht soll gemäß § 113b Absatz 4 Nummer 3 bis zum 31. März 2018 vorliegen. Die Vereinbarungen sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

Zu Buchstabe b

Absatz 1a stellt eine Fortführung und Umsetzung der bislang bestehenden Regelung des § 113 Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 dar. Es ist eine vorrangige Aufgabe der Vertragsparteien, das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht (Indikatorenmodell) in die Praxis der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung einzuführen. Mit der Einführung des indikatorengestützten Qualitätsmanagements geht eine Umstrukturierung von Prüfinhalten und des Prüfgeschehens einher, denn die Indikatoren und die Gewinnung von bewertbaren Informationen hierzu sind in den gegenwärtigen Erhebungsbogen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) nicht ohne Weiteres integrierbar. Die Vorschrift konkretisiert daher, dass in den Maßstäben und Grundsätzen für den stationären Bereich nunmehr Inhalte und Verfahren dieses Modells umfassend zu beschreiben sind. Die bisher von den Vertragsparteien dazu erzielten Ergebnisse sind aufzugreifen und in die Umsetzung der neu konkretisierten Aufgabenstellung einzubringen. Dies gilt etwa auch für das in diesem Zusammenhang begonnene Pilotierungs-Projekt. Darüber hinaus sind durch die Vertrags-

parteien weitere Arbeiten zur Vorbereitung einer wissenschaftlich gestützten Einführung in Auftrag zu geben (§ 113b Absatz 4 Nummern 1 und 2). Schließlich werden hierfür auch Erfahrungen und Ergebnisse der seit der Vorstellung des Indikatorenmodells durchgeführten Modellprojekte EQMS und EQisA zu beachten sein.

Auf dieser Grundlagen sollen durch die Vertragsparteien für die stationäre Pflege die Qualitätsindikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die Verfahren zur Datenübermittlung, -auswertung und -bewertung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung vereinbart werden. Die Vereinbarungen stellen die Grundlagen dar für die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 114a Absatz 7 sowie für die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a.

Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind zu beachten. Außerdem ist die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung der Daten zu regeln.

Wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung des Indikatorenmodells ist die sichere und verlässliche Umsetzung der nach Absatz 1a zu erstellenden Datenerhebung, -übermittlung, -auswertung und -bewertung. In Absatz 1b werden die Vertragsparteien daher verpflichtet, dass die im Rahmen der strukturierten Datenerhebung nach Absatz 1a gewonnenen Daten von einer qualifizierten Stelle entsprechend der Festlegungen nach Absatz 1a ausgewertet und aufbereitet werden. Die Aufgaben einer in diesem Sinne fachlich, technisch wie hinsichtlich der Datensicherheit qualifizierten Stelle können beispielsweise von einem Institut, das über Expertise im Bereich des Daten- und Prozessmanagements verfügt, oder auch von der DatenClearingStelle (DCS) als einer von den Pflegekassen zur Übermittlung und Bearbeitung der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen (Transparenzdaten) eingerichteten Stelle wahrgenommen werden. Die Pflegeeinrichtungen sind zu verpflichten, die entsprechenden Daten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an die von den Vertragsparteien bestimmte Stelle zu übermitteln. Sofern erforderlich, sind von den Vertragsparteien ergänzende Verfahren zur Weiterleitung der ausgewerteten Daten an andere Stellen zum Zwecke der Erfüllung gesetzlicher Aufgaben der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung zu vereinbaren.

Zu Buchstabe c

Mit dieser Vorschrift wird der Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der jeweiligen Vereinbarungen nach Absatz 1 geregelt. Durch die Aufhebung von § 114 Absatz 4 werden jedoch die Regelungen in den Maßstäben und Grundsätzen zum Inhalt des § 114 Absatz 4 gegenstandslos.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zur Änderung des § 113b.

Zu Nummer 63 (§ 113a)

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Die Änderungen in Satz 3 und 4 dienen der Klarstellung zur Art der Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zur Neuregelung des § 113b.

Zu Buchstabe b

Die Verfahrensordnung wurde von den Vertragsparteien nach § 113 vereinbart. Die Streichung von Satz 5 stellt insofern eine Anpassung an den aktuellen Sachverhalt dar.

Zu Nummer 64 (§ 113b)

Zu Absatz 1

Die im Jahr 2008 von den Vertragsparteien nach § 113 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung, die bisher in § 113b SGB XI geregelt wurde, wird durch die Neufassung der Vorschrift zu einem Qualitätsausschuss und damit zu einem effizienten Verhandlungs- und Entscheidungsgremium umgebildet. Mit dem Qualitätsausschuss und seiner potentiellen Erweiterung als "erweiterter Qualitätsausschuss" nach Absatz 3 finden die wichtigen Entscheidungen, die im Bereich der Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung in der Pflege von den Vertragsparteien zu treffen sind, einen der Bedeutung des Handlungsfeldes Pflege angemessenen und aufgrund der Dringlichkeit der zu regelnden Aufgaben auch notwendigen konkreten Rahmen. Die Vertragsparteien entscheiden zukünftig im Qualitätsausschuss über die Qualität der Beratung (§ 37 Absatz 5), die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113), die Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege (§ 113a) und die Regelungen zur Qualitätsdarstellung (§ 115).

Mit der Schaffung des Qualitätsausschusses aus der bisherigen Schiedsstelle wird die Kritik an häufig nicht ausreichend entscheidungsfähigen, sondern langwierigen Verhandlungsprozessen und Entscheidungsstrukturen der Vertragsparteien nach § 113 aufgegriffen und es werden zugleich bestehende institutionelle Formen sinnvoll erweitert. Die bisher getrennt und zeitlich auseinandergezogenen Verfahren der Verhandlungen der Vertragsparteien und des Schiedsstellenverfahrens werden verknüpft und in einem zusammenhängenden und zügigen Prozess verbunden.

Die Zusammensetzung, Funktionsfähigkeit und Entscheidungsfindung der Schiedsstelle einschließlich ihrer Geschäftsstelle in wechselnder Verantwortung der Selbstverwaltungspartner haben sich grundsätzlich bewährt. Mit dem Qualitätsausschuss, der daran anknüpft, wird daher in der durch diese Vorschrift geschaffenen Form keine neue bürokratische Institution geschaffen, sondern konkret und praxisnah die Form der Entscheidungsfindung geregelt, und zwar so, dass die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung gestrafft und die Zeiträume der Entscheidungsfindung verkürzt werden.

Zu Absatz 2

Nach der derzeitigen Geschäftsordnung der Schiedsstelle Qualitätssicherung ist die Zahl der Mitglieder auf beiden Bänken (Leistungsträger und Leistungserbringer) auf zehn Mitglieder begrenzt. Diese Regelung sowie die bisherige gesetzliche Regelung zur Zusammensetzung der Schiedsstelle werden in die neue Regelung zum Qualitätsausschuss nahtlos übernommen. Das heißt insbesondere auch, dass für die Schiedsstelle getroffenen Benennungen der Mitglieder bestehen bleiben können. Aufwändige bzw. strittige Einigungsverfahren zur Entsendung der Mitglieder auf Seiten der Verbände der Pflegeeinrichtungsträger sind nicht erforderlich. Dies gilt auch für die jeweils für die Schiedsstelle getroffenen Vereinbarungen über die Beteiligung eines Vertreters des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. bzw. eines Vertreters der Verbände der Pflegeberufe. Zur Sicherstellung der Parität zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern wird ausgeschlossen, dass eine Organisation gleichzeitig die Leistungsträgerseite und die Leistungserbringerseite vertritt. Ausdrücklich geregelt wird, dass die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen gemäß § 118 an den Beratungen und Beschlussfassungen des Qualitätsausschusses beratend mitwirken.

Zu Absatz 3

Die Vertragsparteien erhalten durch den Qualitätsausschuss einen neuen Rahmen für die ihnen durch den Gesetzgeber aufgegebene Verantwortung. Wenn es in den Beratungen im Qualitätsausschuss nicht zu einer einvernehmlichen Einigung kommt, so kann der Qualitätsausschuss rasch (auf Verlangen mindestens einer Vertragspartei, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses, aber auch des Bundesministeriums für Gesundheit) in einen 'erweiterten Qualitätsausschuss' umgewandelt werden. Der erweiterte Qualitätsausschuss zeichnet sich dadurch aus, dass ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder hinzutreten und nunmehr das Mehrheitsprinzip für die Beschlussfassungen gilt. Im Vergleich zur Schiedsstelle wird neu geregelt, dass der unparteiische Vorsitzende des erweiterten Qualitätsausschusses durch das Bundesministerium für Gesundheit ernannt wird. Dies entspricht der Bedeutung der Aufgabenstellung und sichert dem unparteiischen Vorsitzenden von Beginn an die größtmögliche Unabhängigkeit von den Mitgliedern des Ausschusses. Das Bundesministerium für Gesundheit kann bei der Benennung des unparteiischen Vorsitzenden einen Zeitraum für dessen Amtszeit bestimmen. Die durch den erweiterten Qualitätsausschuss getroffenen Festsetzungen haben dabei die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung, wie sie durch die Vertragsparteien nach Absatz 1 ohne Hinzuziehung der Unparteiischen einvernehmlich getroffen wird.

Zu Absatz 4

Zentrale Aufgabenstellung der Vertragsparteien nach § 113 und damit auch des Qualitätsausschusses ist die Beschlussfassung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Weiterentwicklung der Qualität sowie zu Maßnahmen zur Darstellung der Qualität der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen nach § 113 Absatz 1 und § 115 Absatz 1a. Diese Aufgaben sollen unter Einbindung fachwissenschaftlicher Expertise wahrgenommen werden. Hierzu erhalten die Vertragsparteien die gesetzliche Ermächtigung, entsprechende Studien zu beauftragen. Die Aufgabenstellungen für die Vertragsparteien sind mit einem zeitlichen Ziel versehen; dementsprechend sind auch die in Absatz 4 hierzu benannten wissenschaftlichen Vorarbeiten zeitnah durchzuführen und abzuschließen.

Vorrangige Aufgabe der Vertragsparteien ist die Einführung des bis 2011 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“ (Indikatorenmodell). Mit der Einführung des indikatorengestützten Qualitätsmanagements ist eine Umstrukturierung von Prüfinhalten und des Prüfgeschehens erforderlich, denn die Indikatoren und die Gewinnung von bewertbaren Informationen hierzu sind in den gegenwärtigen Erhebungsbogen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) nicht ohne Weiteres integrierbar. Zur Unterstützung der Vertragsparteien sollen daher bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Ergebnisse des genannten Projektes – einschließlich der Ergebnisse der darauffolgenden Umsetzungsprojekte – die Instrumente der Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen sowie der Qualitätsberichterstattung wissenschaftlich entwickelt werden. Im Auftrag zur Entwicklung eines Instrumentes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 113b Absatz 4 Nr. 1 soll dabei auch die Frage der Prüffrequenz mit berücksichtigt werden. Bei der Entwicklung des Instrumentes zur Prüfung von Pflegeeinrichtungen ist zu berücksichtigen, dass die im Rahmen der Qualitätsprüfung erhobenen Daten einerseits die Grundlage für die Maßnahmenbescheide der Landesverbände der Pflegekassen nach § 115 Absatz 2 darstellen und andererseits - wenigstens zum Teil - einen Bestandteil der Qualitätsberichterstattung nach § 115 Absatz 1a bilden. Die wissenschaftlichen Ergebnisse dienen als fachliche Grundlage für die von den Vertragsparteien zu leistende Beschreibung eines indikatorengestützten Gesamtverfahrens, das internes Qualitätsmanagement mit externer Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung verzahnt: Die Beschreibung des Gesamtverfahrens wird Bestandteil der Vereinbarungen der Vertragsparteien über Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität in der Pflege nach § 113. Die wissenschaftlichen Arbeiten dienen

darüber hinaus auch als Grundlage für die Entwicklung der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114a Absatz 7 über die Durchführung der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen. Schließlich sind die wissenschaftlichen Ergebnisse hinsichtlich eines neuen Instrumentes für die Qualitätsberichterstattung auch bei der Erarbeitung der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a durch die Vertragsparteien zugrunde zu legen. Das neu entwickelte Instrument für die Qualitätsberichterstattung, das in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu bestimmen ist, ersetzt den sogenannten Pflege-TÜV, der in den bislang bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a geregelt ist.

Ebenfalls bis zum 31. März 2017 sind auf der Grundlage des Indikatorenmodells unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument für die Einrichtungen, bundesweite Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten, eine Systematik zur Bewertung der Daten sowie ein bundesweites Verfahren für die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung der Daten zu entwickeln. Auch dies ist durch wissenschaftliche Entwicklungsarbeit im Auftrag der Vertragsparteien zu leisten. Die Ergebnisse und Empfehlungen stellen die Grundlage dar für die erforderlichen Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Umsetzung einer strukturierten Datenerhebung und -auswertung, die im Rahmen des indikatorengestützten Gesamtverfahrens die externe Qualitätsprüfung und eine Qualitätsberichterstattung ermöglicht. Die konkreten Festlegungen für die strukturierte Datenerhebung und -auswertung regeln die Vertragsparteien in den Maßstäben und Grundsätze zur Qualität in der Pflege nach § 113 Absatz 1a und 1b.

Während das Indikatorenmodell bislang nur für den stationären Bereich entwickelt wurde, besteht im ambulanten Bereich noch ein entsprechender Ermittlungs- und Entwicklungsbedarf. Deshalb wird den Vertragsparteien die Aufgabe übertragen, wissenschaftliche Grundlagen für Instrumente zur Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und zur Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege entwickeln zu lassen. Die wissenschaftlichen Vorarbeiten sollen bis zum 30. Juni 2017 abgeschlossen sein, anschließend soll eine Pilotierung zur praktischen Erprobung des neuen Konzepts durchgeführt werden. Es ist den Vertragsparteien in § 113 Absatz 1 vorgegeben, hierzu bis zum 30. Juni 2018 Vereinbarungen zu treffen; dies bedingt, dass die wissenschaftlichen Arbeiten bis zum 31. März 2018 abgeschlossen sind.

Die Perspektive der Pflegebedürftigen ist bei der Bewertung der Qualität von Pflege, insbesondere aber hinsichtlich der Lebensqualität eine hohe Bedeutung einzuräumen. Diese Fragestellung war bereits Gegenstand des bis 2011 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“. Die Vertragsparteien sollen die Fragestellung wieder aufgreifen und hierfür die wissenschaftliche Entwicklung von in der Praxis anwendbaren Modulen sicherstellen.

Die Verfahren zur Qualitätsmessung und -darstellung sollen ebenfalls wissenschaftlich begleitet werden; gegebenenfalls sind Vorschläge zur Anpassung zu erarbeiten.

Neuen Wohnformen kommt in der pflegerischen Versorgung zunehmend ein größeres Gewicht zu. Für viele Menschen bieten sie die Möglichkeit, ihren Wunsch nach häuslicher und individueller Pflege und Betreuung einlösen zu können. Dieser Entwicklung ist durch das Erste Pflegestärkungsgesetz mit der Weiterentwicklung des Wohngruppenzuschlags in § 38a Rechnung getragen worden. Zugleich rückt die Frage nach den Grundlagen der Qualität und Kriterien der Qualitätssicherung und -prüfung der pflegerischen Versorgung in den neuen Wohnformen in den Vordergrund. Bislang liegen entsprechende Instrumente noch nicht vor. Auch der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages hat in der

Begründung zur Einführung des § 38a darauf hingewiesen, dass zu prüfen sei, "wie die dazu notwendigen pflegefachlichen Entwicklungen unterstützt und ob in die gesetzlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Pflege entsprechende Regelungen eingefügt werden müssen" (Beschlussempfehlung und Bericht des Gesundheitsausschusses, Bundestagsdrucksache 18/2909 vom 15. Oktober 2014, Seite 43). Durch den unter Nummer 6 benannten konkreten Auftrag werden die Vertragsparteien verpflichtet, ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln, um damit diesem Anliegen und der pflegefachlichen Notwendigkeit zu entsprechen.

Zu Absatz 5

Die Finanzierung der in Absatz 4 aufgeführten Aufträge an wissenschaftliche Institutionen soll aus Mitteln der Pflegeversicherung geleistet werden, da sie zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung beitragen. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen steht derzeit zu diesem Zweck ein jährliches Fördervolumen in Höhe von fünf Millionen Euro nach § 8 Absatz 3 zur Verfügung. Von diesem Volumen wurden in den letzten fünf Jahren durchschnittlich knapp 2,5 Millionen Euro pro Kalenderjahr verausgabt. Unter der Annahme, dass die Verausgabung des jährlichen Fördervolumens weiterhin in dieser Größenordnung erfolgt, kann die Finanzierung der wissenschaftlichen Zuarbeit für die Vertragsparteien durch vorhandene Mittel sichergestellt werden. Eine Aufstockung der Finanzierungsmittel nach § 8 Absatz 3 wird derzeit als nicht erforderlich angesehen. Die Vorschrift korrespondiert mit dem neu eingeführten § 8 Absatz 4.

Zu Absatz 6

Die Vielfalt der Aufgaben, die von den Vertragsparteien nach § 113 und nach dieser Vorschrift zu leisten sind, die zur Bewältigung diese Aufgaben erforderliche operative und fachliche Unterstützung und die Notwendigkeit, diese Aufgaben bis zum Jahr 2018 zu bearbeiten und auch einer begleitenden Evaluierung zu unterziehen, machen es erforderlich, die Vertragsparteien im (erweiterten) Qualitätsausschuss operativ und fachlich zu unterstützen. Hierzu wird für einen Zeitraum von fünf Jahren eine qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses gebildet. Sie hat mit Blick auf die in Absatz 4 dargelegte Heranziehung wissenschaftlicher Expertise als Grundlage für eine begründete Entscheidungsfindung der Vertragsparteien dabei sowohl die Aufgabe, als Koordinierungsstelle (Vergabe, Bewertung) der zu vergebenden wissenschaftlichen Aufträge zu wirken als auch als Beratungsstelle unmittelbar die Arbeit der Vertragsparteien im Qualitätsausschuss zu unterstützen. Sie soll daher über Expertise aus den Bereichen Projektsteuerung, Pflegewissenschaft, Methodik, Daten- und Prozessmanagement sowie über Kenntnisse des Vergaberechts verfügen. Die qualifizierte Geschäftsstelle soll auch die Aufgaben der von den Vertragsparteien nach § 113 eingerichteten *Geschäftsstelle Expertenstandards* nach § 113a wahrnehmen. Die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle soll aus Mitteln der Pflegeversicherung (Ausgleichsfonds) erfolgen; diese sind über § 8 Absatz 3 und 4 bereit zu stellen.

Zu Absatz 7

In der Geschäftsordnung sind die wesentlichen Fragen der Organisation und der Verfahren der Vertragsparteien im Qualitätsausschuss zu regeln. Die Amtsdauer des unparteiischen Vorsitzenden wird durch das Bundesministerium für Gesundheit im Zuge der Benennung nach Absatz 3 bestimmt. In der Geschäftsordnung ist sicherzustellen, dass die Sachverständigen und die Organisationen, die nach diesem Gesetz ein Beteiligungs- und Mitberatungsrecht haben, dieses ausüben können. Die Vertragsparteien legen die von ihnen beschlossene Geschäftsordnung dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vor. Soweit innerhalb der gesetzlich festgelegten Frist kein Beschluss über eine Geschäftsordnung zustande kommt, wird die Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt.

Zu Absatz 8

Absatz 8 regelt das Verhältnis zwischen den Vertragsparteien und dem Bundesministerium für Gesundheit hinsichtlich der im Qualitätsausschuss getroffenen Beschlüsse, die gemäß Absatz 3 die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung im Sinne des § 37 Absatz 5, § 113, § 113a oder § 115 Absatz 1a haben. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Beschlüsse vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen einer erforderlichen Prüfung Expertise einholen und im Ergebnis Auflagen erteilen. Bei Nichteinhaltung von Fristen bzw. bei Nicht-Beheben von Beanstandungen durch die Vertragsparteien im Qualitätsausschuss wird bestimmt, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Vereinbarungen und Beschlüsse festsetzen kann. Das Bundesministerium für Gesundheit stimmt sich bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege ab.

Zu Nummer 65 (§ 114)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung der §§ 41 bis 43 und zu § 43b.

Zu Doppelbuchstabe bb

Bei den regelhaft stattfindenden Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (oder durch von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige) in den Pflegeeinrichtungen kann bereits neben dem obligatorischen Nachweis über die Leistung und Qualität der Pflegeeinrichtung auch die Abrechnung der erbrachten Leistungen vom Prüfumfang umfasst werden. Um den Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten verstärkt Rechnung zu tragen, wird dieser Aspekt für alle Regelprüfungen verpflichtend vorgegeben. Das Nähere ist in den Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114a Absatz 7 zu regeln. Bei festgestellten Diskrepanzen können die Landesverbände der Pflegekassen die geeigneten Maßnahmen ergreifen (unter anderem nach § 47a).

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Änderung des § 115 Absatz 1a.

Zu Buchstabe c

Mit dieser Regelung, die durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zum 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, wurde die Möglichkeit eröffnet, dass auf Eigeninitiative der Einrichtungen oder ihrer Träger beruhende Qualitätsprüfungen und Zertifizierungen als gleichwertig mit von den Landesverbänden der Pflegekassen regelmäßig vorzusehenden Prüfungen anerkannt werden, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Die Regelung sollte insbesondere die eigenen Anstrengungen von Einrichtungen und Trägern zu einer transparenten und nachvollziehbaren Qualitätsentwicklung stärken. Die Regelung wurde bislang nur insoweit umgesetzt, dass die Vertragsparteien nach § 113 auf Bundesebene hierzu konkretisierende Regelungen in den Vereinbarungen nach § 113 getroffen haben. Eine faktische Umsetzung in Form von Anerkennungen ist bislang nicht erfolgt.

Die Verantwortung der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen für eine transparente und nachvollziehbare Qualitätsentwicklung wird nunmehr durch ein umzusetzendes indikatorengestütztes Verfahren (Indikatorenmodell) gestärkt, das das interne Qualitätsmanagement mit externer Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung verzahnt. Das

Verfahren wird in den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität für die stationäre Pflege nach § 113 geregelt.

§ 114 Absatz 4 wird daher aufgehoben, die hierzu getroffenen Regelungen in den Vereinbarungen nach § 113 werden dadurch gegenstandslos.

Zu Buchstabe d

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz 2012 wurde klargestellt, dass nach § 114 Absatz 5 Satz 4 oder 5 lediglich tatsächlich angefallene (veranlasste) Kosten der Wiederholungsprüfung abgerechnet werden dürfen, nicht jedoch Pauschalen oder Durchschnittswerte. Gleichfalls nicht gedeckt ist die Geltendmachung von Kosten, die auch ohne eine Wiederholungsprüfung anfallen, etwa Verwaltungs- und Vorhaltekosten. Mit der Änderung wird nunmehr einer Forderung der Länder, die auf Umsetzungsprobleme – insbesondere unter dem Aspekt des Datenschutzes – bei der Rechnungsstellung für kostenpflichtige Wiederholungsprüfungen hingewiesen haben, Rechnung getragen. Angesichts der geringen praktischen Relevanz der Regelungen – im Jahr 2013 waren sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich jeweils nur 1,2 Prozent aller durchgeführten Prüfungen Wiederholungsprüfungen –, wären weitere Regelungen, die der Rechtssicherheit und dem Datenschutz Genüge tun, mit einem unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Die Regelungen werden daher aufgehoben.

Zu Nummer 66 (§ 114a)

Die neu gefasste Regelung korrespondiert mit der Änderung des § 113 und des § 113b Absatz 4. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist bei der Erstellung der Richtlinien an die Vorgaben zur Qualitätsprüfung, soweit sie in den Vereinbarungen nach § 113 geregelt sind, gebunden. Wissenschaftliche Grundlagen für die Erstellung der Richtlinien bilden die nach § 113b Absatz 4 Nummern 1 und 3 vergebenen Aufträge zur Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen.

Bei Qualitätsprüfungen im stationären Bereich sollen zukünftig die nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 113 ausgewerteten Daten des Indikatorenmodells berücksichtigt werden. Soweit es in der Vereinbarung nach § 113 geregelt ist, sollen auch im Rahmen der Qualitätsprüfungen Plausibilitätsprüfungen dieser Daten erfolgen. Soweit die im Rahmen des Indikatorenmodells ausgewerteten Daten keine hinreichenden Aussagen zur Ergebnisqualität liefern, sind hierzu weitere Daten im Rahmen der Qualitätsprüfung zu erheben. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sind neben der Ergebnisqualität ergänzend die Struktur- und Prozessqualität der Pflegeeinrichtungen zu prüfen und entsprechende Daten zu erheben. Diese sollen wenigstens teilweise auch zur Qualitätsberichterstattung nach § 115 Absatz 1a geeignet sein. Regelungsgegenstand der Richtlinien nach § 114a Absatz 7 sind insbesondere die Prüfanleitungen für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.. Der Name der Richtlinien nach § 114a Absatz 7 wird dementsprechend in „Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung“ geändert. Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. Sie bilden auch eine Grundlage für die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinien ist jeweils mit dem (späteren) Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarung für den betreffenden Bereich verbunden. Der Zeitraum zwischen Beschlussfassung und Inkrafttreten kann für Schulungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie für die erforderliche Anpassung der Prüfsoftware genutzt werden.

Die Art der Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wird nunmehr durch einen Verweis auf § 118 klargestellt. Die weiteren Regelungen zur kontinuierlichen Anpassung, zur Genehmigung und zur Verbindlichkeit der Richtlinien bleiben unverändert.

Zu Nummer 67 (§ 115)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Änderung des Absatzes 1a.

Zu Buchstabe b

Folgeänderungen durch Aufhebung des § 114 Absatz 4.

Zu Buchstabe c

Die von den Vertragsparteien bisher nach § 115 Absatz 1a getroffenen Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten und für den stationären Bereich ermöglichen keine differenzierten und vergleichenden Aussagen hinsichtlich der Qualität von Pflegeeinrichtungen. Sie sollen auf wissenschaftlicher Grundlage durch einen grundsätzlich neuen Ansatz abgelöst werden. Die Vertragsparteien nach § 113 werden daher verpflichtet, ein Instrument zur vergleichenden Qualitätsberichterstattung, das die Qualität in Pflegeeinrichtungen differenziert und nutzergerecht darstellt, auf wissenschaftlicher Basis neu zu entwickeln und umzusetzen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit beschließen die Vertragsparteien nach § 113 unverzüglich die Vergabe der Aufträge nach § 113b Absatz 4 Nummern 1 bis 4; die Ergebnisse bilden die Grundlage für die Vereinbarungen zur Qualitätsdarstellung (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen).

Für den stationären Bereich sind zur Darstellung der Ergebnisqualität insbesondere die nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 113 ausgewerteten Daten des Indikatorenmodells zu berücksichtigen. Als weitere Bestandteile der Qualitätsberichterstattung sind auch ergänzende Daten zur Struktur- und Prozessqualität darzustellen, die aus Qualitätsprüfungen auf der Grundlage der Richtlinien nach § 114 Absatz 7 gewonnen werden. Die Vertragsparteien sollen prüfen, inwieweit diese Daten um weitere Informationen zu ergänzen sind. Hierbei sind auch die wissenschaftlichen Ergebnisse des Auftrags nach Absatz § 113b Absatz 4 Nummer 4 zur Bewertung von Lebensqualität zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien vereinbaren als weiteren Bestandteil der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen die Form der Darstellung und eine Bewertungssystematik, die es den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ermöglicht, eine vergleichende und übersichtliche Einschätzung der Qualität von Pflegeeinrichtungen zu gewinnen. Die weiteren Regelungen zur Berücksichtigung der Art der Prüfung bei der Darstellung der Qualität sowie zur Gestaltung der Aushänge in den Pflegeeinrichtungen bleiben unverändert.

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 zu treffen. Die Art der Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wird nunmehr durch einen Verweis auf § 118 klargestellt. Die Vereinbarungen sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen lösen die bisherigen Pflege-Transparenzvereinbarungen ab, die noch bis zum Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen weiter gelten.

Zu Buchstabe d

Zum Zwecke der einheitlichen Veröffentlichung sollen auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. die Informationen der Pflegeeinrichtungen nach § 114 Absatz 1 zur Verfügung gestellt werden.

Zu Buchstabe e

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass sich die Regelung auf die vertragliche Vereinbarung über die pflegerische Betreuung in ihrer Gesamtheit bezieht.

Zu Nummer 68 (§ 117)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Änderung des § 115 Absatz 1a.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung durch Aufhebung des § 115 Absatz 1 Satz 2.

Zu Nummer 69 (§ 118)

Folgeänderungen zur Änderung der §§ 45a und 45b sowie § 37 Absatz 5 und zur Änderung der Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung (Qualitätsausschuss nach § 113b).

Zu Nummer 70 (§ 122)

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird aufgrund der Aufnahme einer Verordnungsermächtigung im neuen Absatz 4 angepasst.

Zu Buchstabe b

Die bislang in Absatz 1 und 2 enthaltenen Übergangsregelungen werden nicht mehr benötigt und daher aufgehoben.

Zu Buchstabe c

Der bisherige Absatz 3 wird der neue Absatz 1.

Zu Buchstabe d

Die bisherige Bezeichnung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote wird unter dem neuen, besser verständlichen Begriff der Angebote zur Unterstützung im Alltag zusammengefasst, so dass hinsichtlich der bereits nach Landesrecht anerkannten Angebote eine Übergangsregelung erforderlich wird. Betreuungs- und Entlastungsangebote können dabei wie bislang sowohl separat bestehen als auch von einem Anbieter als integriertes Angebot sowohl von Betreuung als auch von Entlastung konzipiert werden. Die bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nach dem jeweiligen Landesrecht bereits anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, niedrigschwelligen Entlastungsangebote und niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote gelten daher ab dem 1. Januar 2017auch ohne neues Anerkennungsverfahren automatisch als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des neuen § 45a. Die Länder sind ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

Zu Nummer 71 (§§ 123 und 124)

Bei den geltenden Regelungen der §§ 123 und 124 handelt es sich um Übergangsregelungen, die im Zeitraum bis zur Einführung eines Gesetzes, welches die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, verbesserte Leistungen für Menschen mit eingeschränkter

Alltagskompetenz (§ 123) und verbesserte Betreuungsleistungen in der häuslichen Umgebung (§ 124) ermöglicht haben.

In beiden Normen ist die Geltungsdauer ausdrücklich mit der Einführung eines neuen Pflegebegriffs verknüpft worden. Mit der jetzigen Neuregelung des Pflegebegriffs können diese Regelungen mithin entfallen.

Zu Nummer 72 (§ 125)

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zur Aufhebung des § 124.

Inhaltlich ergibt sich daraus keine Änderung. Denn die Konkretisierung von häuslicher Betreuung, wie sie in dem bisherigen § 124 enthalten war, wird unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beibehalten und findet sich nunmehr in § 36 wieder. Ebenso wird die weitere Umschreibung von Leistungen der häuslichen Betreuung, wie sie durch die Begründung zum bisherigen § 124 vorgenommen wurde, in § 36 übernommen (siehe die Ausführungen in der Begründung zu § 36).

Zu Nummer 73 (§ 126)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

§ 123 war als Übergangsregelung konzipiert, die im Zeitraum bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbesserte Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ermöglicht hat. Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird § 123 aufgehoben. Der entsprechende Verweis in § 126 Satz 2 wird damit entbehrlich.

Zu Nummer 74 (§ 127)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der fünf Pflegegrade.

Die Voraussetzungen, die ein Versicherungsunternehmen hinsichtlich einer förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung zu erfüllen hat, sind an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dessen rechtliche Umsetzung anzupassen. Die bisherigen Verweise auf die Pflegestufen unter den Nummern 4. und 5. sind durch entsprechende Verweise auf die in § 15 Absatz 3 aufgeführten Pflegegrade zu ersetzen.

Da die bisherigen Sonderregelungen für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entbehrlich werden und auch der bisherigen Regelungsinhalt des § 45a entfällt, wird die unter den Nummern 4. und 5. enthaltene Bezugnahme auf die Regelung in § 45a gestrichen.

Zu Artikel 2 (Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren)

Zu § 1

Zu Absatz 1

Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der weiteren für das Vorliegen einer Anspruchsberechtigung erforderlichen Voraussetzungen (z. B. das Vorliegen der Vorversicherungszeiten) bestimmt sich nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht. Dieser Grundsatz umfasst das gesamte Verfahren von Antragstellung über die Begutachtung bis zum Erlass des Leistungsbescheids und gilt auch für nachfol-

gende Widerspruchs- und sozialgerichtliche Verfahren. Für den Zeitpunkt der Antragstellung kommt es auf den Eingang des Antrags bei der Pflegekasse an.

Zu Absatz 2

Um die Leistungsansprüche der bisherigen Leistungsbezieher zum 1. Januar 2017 eindeutig zu klären, werden Überleitungsregelungen geschaffen. Die Gestaltung der Überleitungsregelungen verfolgt zwei wesentliche Ziele: Zum Einen sollen bisherige Leistungsbezieher durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter als bisher gestellt werden. Daher erfolgt die Überleitung grundsätzlich in einen Pflegegrad, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind. Ist dies ausnahmsweise nicht der Fall, wird ein Besitzstandsschutz geschaffen (§ 2). Zum Anderen sollen umfangreiche Neubegutachtungen vermieden werden, um eine Überlastung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und des medizinischen Dienstes der privaten Krankenversicherung, der Medicproof GmbH, im Zuge der Umstellung zu vermeiden.

Daher wurden die Überleitungsregelungen im Einklang mit der mehrheitlichen Empfehlung des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs so gestaltet, wie sich nach den Ergebnissen der Erprobungsstudien die Mehrheit der bisherigen Leistungsbezieher bei einer Neubegutachtung voraussichtlich stellen würde. Im Ergebnis wird damit kein bisheriger Leistungsbezieher schlechter gestellt; es werden aber viele bisherige Leistungsbezieher deutlich besser als heute gestellt. Dies betrifft insbesondere Pflegebedürftige, die bis zur Umstellung Leistungen aufgrund einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 bezogen haben. Dieser Personenkreis, der sich aus Pflegebedürftigen mit vorrangig psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen, etwa aufgrund einer demenziellen Erkrankung, zusammensetzt, wird regelhaft einen Pflegegrad höher eingestuft als Pflegebedürftige mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen (sog. doppelter Stufensprung), um die Gleichstellung mit Personen mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen auch im Rahmen der Überleitung so weit wie möglich zu verwirklichen.

Maßgeblich für das Vorliegen einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung bis zum 31. Dezember 2016 ist nach Absatz 1 das zum Zeitpunkt der Antragstellung geltende Recht. Anspruchsberechtigt in diesem Sinne sind Versicherte, bei denen Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 oder eine erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 festgestellt wurde und die die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Insbesondere müssen die Anspruchsvoraussetzungen für mindestens eine der regelmäßig wiederkehrenden Leistungen des § 28 Absatz 1 SGB XI in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 vorliegen.

Die Überleitungsregelung gilt auch für Versicherte, die aufgrund von Artikel 45 des Pflege-Versicherungsgesetzes übergeleitet wurden. Sie bezieht sich auf die Pflegestufe, die die Versicherten nach der Überleitung erhalten haben, soweit nicht zwischenzeitlich eine Neueinstufung erfolgt ist.

Zu Absatz 3

Der sich aus der Überleitung ergebende Pflegegrad besteht grundsätzlich bis zu einer erneuten Begutachtung, unabhängig davon, ob die Begutachtung aufgrund eines Höherstufungsantrags oder einer späteren Wiederholungsbegutachtung (§ 3) erfolgt. Soweit sich durch die Neubegutachtung keine Anhebung des Pflegegrads oder die Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt, ergibt, kann der Versicherte auf Wunsch in dem Pflegegrad, der sich aus der Überleitung ergeben hat, verbleiben. Damit wird auch für die Zukunft gewährleistet, dass sich Pflegebedürftige, die zum Umstellungsstichtag

anspruchsberechtigt waren, aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter stellen als im bisherigen Recht.

Zu § 2

Es ist von dem Grundsatz auszugehen, dass kein Leistungsberechtigter, der vor der Systemumstellung bereits Leistungen bezogen hat, nach der Umstellung betragsmäßig niedrigere Ansprüche erhalten oder einen völligen Verlust von Ansprüchen erleiden soll (Altfälle sollen nichts verlieren). Dies wird im Kern durch die Regelungen in § 1 zur Überleitung der Hilfe- und Pflegebedürftigen in die neuen Pflegegrade in der Weise sichergestellt, dass ein Leistungsberechtigter nach dem sog. Stufensprung insgesamt keinen geringeren Leistungsanspruch hat, als vor der Umstellung auf das neue Recht. Eine zusätzliche Absicherung des Prinzips der Vermeidung von Schlechterstellungen soll für mögliche und derzeit nicht oder noch nicht absehbare Konstellationen durch verschiedene Besitzstandsregelungen gewährleistet werden.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt den erforderlichen Schutz des Besitzstandes für Leistungen der Pflegeversicherung ab Geltung des neuen Rechts im Bereich der häuslichen Pflege. Danach gilt als Grundsatz, dass die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen in häuslicher Pflege, die dem Pflegebedürftigen bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das neue Recht zustehen , vom Besitzstandsschutz erfasst sind und dass auf diese Leistungen auch weiterhin ein Anspruch besteht.

Der Besitzstand bezieht sich auf die monatlich regelmäßig wiederkehrenden Leistungen. Bei einmaligen Leistungen, wie zum Beispiel wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, bedarf es keines Besitzstandsschutzes, weil hier keine Änderungen in der Leistungshöhe erfolgen. Auch bei der Kurzzeitpflege hat Besitzstandsschutz keine Bedeutung, weil der Leistungsbetrag nicht verändert wird.

Für die Geltung und die Anwendung der Besitzstandsschutzregelungen nach Absatz 1 sind nachfolgende Erwägungen und Grundsätze wesentlich:

Voraussetzung für die Geltung des Besitzstandsschutzes ist stets, dass die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen, die unabhängig von der Feststellung eines Pflegegrades vorliegen müssen, erfüllt sind. Das bedeutet auch, dass der Besitzstandsschutz endet, wenn kein Pflegebedarf mehr besteht. Allgemeine Leistungsausschlussregelungen, wie das Ruhen von Leistungen nach § 34 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, finden Anwendung.

Besitzstand gilt sowohl in der sozialen als auch in der privaten Pflegeversicherung. Er soll auch faktisch bei der Beihilfe nachvollzogen werden, so wie die Beihilfe bisher immer Leistungsverbesserungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch nachvollzogen hat. Verbindliche Vorgaben kann der Bundesgesetzgeber dem Landesbeihilferecht allerdings nicht machen, weil ihm die Gesetzgebungszuständigkeit hierfür fehlt.

Der Besitzstandsschutz bleibt erhalten, wenn ein Pflegebedürftiger den Versicherungsträger (von Pflegekasse zu Pflegekasse, von Versicherungsunternehmen zu Versicherungsunternehmen, von sozialer zu privater Pflegeversicherung oder von privater zu sozialer Pflegeversicherung) wechselt.

Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug unmittelbar vor Inkrafttreten des neuen Rechts lassen den Besitzstandsschutz unberührt, zum Beispiel wenn die Leistungen wegen eines Krankenhausaufenthaltes im Monat vor der Rechtsänderung ruhten.

Besitzstandsschutz genießen nicht nur die Leistungsbeträge im Dauerrecht des vierten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§§ 28 bis 45d), sondern auch die des Übergangsrechts in den §§ 123 und 124 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Soweit Pflegebedürftige vor der Umstellung auf das neue Recht Anspruch den erhöhten Betrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch haben, richtet sich der Bestandsschutz nach Absatz 2.

Für die vollstationäre Pflege ist Absatz 3 einschlägig.

Zu Absatz 2

Der erhöhte Betrag von 208 € nach § 45b Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist der einzige Leistungsbetrag, der nach dem neuen Recht nicht mehr gewährt wird. Es soll auch für diese Leistung Besitzstandsschutz eingeräumt werden. Dies wird in der Weise umgesetzt, dass Besitzstandsschutz besteht, wenn der Pflegebedürftige bei einer Gesamtbetrachtung des Gesamtwertes der von ihm regelmäßig bezogenen wiederkehrenden ambulanten Leistungen nach neuem Recht eine geringere Leistungshöhe erzielen würde.

Bei der Ermittlung des Gesamtwertes wird auf den Gesamtwert der Leistungen Bezug genommen, die der Pflegebedürftige in den letzten 18 Monaten vor der Rechtsänderung bezogen hat (Bezugsgröße). Der Gesamtwert ist durch die Anzahl der Monate zu teilen, in denen der Pflegebedürftige den erhöhten Betrag vor dem Umstellungszeitpunkt bezogen hat. Dies ist erforderlich, weil der erhöhte Betrag nach § 45b Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zu 18 Monate angespart werden kann und dies Berücksichtigung finden muss bei der Ermittlung des Gesamtwertes der für die Bestimmung des Besitzstandsschutzes Vergleichsgröße. Da ein Bezug auch weniger als 18 Monate dauern kann, ist zugleich eine Regelung für derartige Konstellationen aufgenommen worden, die aber denselben Anwendungsgrundsätzen wie die Ausgangsregelung folgt.

Vor dem Hintergrund der Komplexität dieser Vorschrift wird den Pflegekassen aufgegeben, die Bezugsgröße den Betroffenen mitzuteilen und deren Inhalt und Zustandekommen zu erläutern. Diese sollen in die Lage versetzt werden, zu prüfen, ob ihnen Besitzstandsschutz zusteht.

Zu Absatz 3

Durch Absatz 3 soll sichergestellt werden, dass durch die Überleitung der Pflegesätze bzw. deren Neuverhandlung kein Pflegebedürftiger in der vollstationären Pflege, der schon vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Leistungen erhalten hat (Bestandsfall), einen höheren Eigenanteil am Pflegesatz entrichten muss. Der vorgesehene Zuschlag gleicht entsprechende Unterschiede ab dem Umstellungszeitpunkt aus. Er wird dauerhaft gewährt, ohne dass ein gesonderter Antrag des Versicherten erforderlich ist. Ändert sich die Differenz zwischen dem Leistungsbetrag nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und dem Pflegesatz in der Folgezeit, zum Beispiel durch eine Anhebung des Pflegesatzes, ist dieser Anstieg vom Pflegebedürftigen zu tragen. Reduziert sich die Differenz zum Beispiel durch eine Anhebung des Leistungsbetrags, so ist der Zuschlag entsprechend abzuschmelzen. Die Zahlungspflicht gilt für private Versicherungsunternehmen in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes entsprechend.

Zu Absatz 4

Durch Absatz 4 wird eine gleichbleibende Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen ab dem Umstellungszeitpunkt für Pflegepersonen vorgesehen. Dadurch werden zeitnahe Neubegutachtungen in großer Anzahl vor allem in den Fällen, in denen mehrere Pflegepersonen den Pflegebedürftigen anteilig pflegen, vermieden.

Personen, die nach altem Recht einen Versicherten der sogenannten Pflegestufe 0 mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz versorgt haben und deshalb bislang keine Rentenversicherungsbeiträge erhalten haben, sollen von der Überleitung dieser Personengruppe in den neuen Pflegegrad 2 profitieren und ebenfalls Ansprüche auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen an den Rentenversicherungsträger oder die berufsständische Versorgungseinrichtung erhalten. In diesen Fällen richtet sich

die Beitragshöhe nach § 166 Absatz 2 Nummer 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der bis zur Umstellung auf das neue Recht geltenden Fassung. Diese Norm regelt die Beitragshöhe für Pflegepersonen, die Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 pflegen.

Auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen soll nach dem Grundsatz erfolgen, dass durch die Umstellung auf das neue Recht keine Schlechterstellung erfolgt. Daher sieht Absatz 2 Satz 5 vor, dass die Zahlung der Rentenbeiträge nach altem Recht fortgeführt wird, sofern sich aus der Anwendung des neuen Rechts keine günstigeren Ansprüche für die Pflegeperson ergeben.

Tritt nach der Rechtsumstellung eine weitere Pflegeperson hinzu, ist nur für diese das neue Recht anzuwenden.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die Beendigung des Besitzstandsschutzes. Der durch Absatz 4 begründete Besitzstandsschutz für die Pflegepersonen ist nicht unbegrenzt. Er endet insbesondere auf der Grundlage einer Neubegutachtung, wenn bei der zu pflegenden Person die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Recht nicht mehr gegeben sind oder bei der Pflegeperson selbst die Voraussetzungen für die Anerkennung als Pflegeperson nach neuem Recht entfallen sind.

Zu Absatz 6

Absatz 6 stellt sicher, dass der Besitzstandsschutz auch für Pflegepersonen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung auch in ihrer Pflegetätigkeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind oder befreit wären, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären und einen Befreiungsantrag gestellt hätten, in gleicher Weise gilt, wie für gesetzlich rentenversicherte Pflegepersonen.

Zu Absatz 7

Absatz 7 stellt sicher, dass der Besitzstandsschutz für Leistungen der sozialen Sicherung für Pflegepersonen sich auch auf bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das neue Recht bestehende Versicherungspflichtverhältnisse nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch erstreckt. Danach bestehen die nach altem Recht begründeten Versicherungspflichtverhältnisse auch nach der Umstellung auf das neue Recht fort. Die Beendigung des Besitzstandsschutzes entspricht dem Beendigungstatbestand nach Absatz 5 für Pflegepersonen, die Anspruch auf Zahlung von Rentenbeiträgen haben.

Zu § 3

Zu Absatz 1

Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch umfassen rund 9 Prozent des Begutachtungsaufkommens. In der Regel orientieren sich die Termine für Wiederholungsbegutachtungen an den Empfehlungen der Gutachter aus vorangegangenen Gutachten. Ein Gutachten muss immer Aussagen zur Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und zur Notwendigkeit sowie zum Zeitpunkt der Wiederholungsbegutachtung enthalten. Nach § 33 Absatz 1 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch kann die Bewilligung von Leistungen zudem befristet werden. Bei Kindern wird eine Wiederholungsbegutachtung in der Regel nach zwei Jahren durchgeführt.

Durch die Übergangsregelung wird das Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen für die Pflegebedürftigen, die nach § 15 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, für einen Zeitraum von zwei Jahren bestimmt. Durch die Überleitung in einen neuen Pflegegrad sind nach Empfehlungen der Medizinischen Dienste auf Grundlage des alten Begutachtungsverfahrens nach

§ 33 Absatz 1 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bereits ausgesprochene Fristen als überholt zu betrachten und etwa daraufhin vorgesehene Wiederholungsbegutachtungen obsolet geworden. Diese Regelung ist auf einen Übergangszeitraum von zwei Jahren befristet. Dadurch wird für die betroffenen Pflegebedürftigen Rechtssicherheit und Verlässlichkeit geschaffen. Es wird vermieden, dass einzelne Versicherte durch eine Wiederholungsbegutachtung kurz nach der Überleitung von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad nach Wirksamwerden des neuen Verfahrens erneut begutachtet werden müssten. Auch wird dadurch die Zahl der durchzuführenden Begutachtungen insgesamt verringert. Von den Versicherten können Änderungsanträge bei einer Veränderung der Situation, etwa bei Anstieg der Pflegebedürftigkeit, weiterhin gestellt werden.

Zu Absatz 2

Antragsteller sollen auch in der Phase der Umstellung von dem alten auf das neue Begutachtungsverfahren nach Möglichkeit einen schnellen Bescheid von ihrer Pflegekasse erhalten. Gleichzeitig ist der Prozess der Umstellung, insoweit Pflegekassen und Medizinische Dienste und ihre Zusammenarbeit betroffen sind, so schlank als möglich zu halten. Die Anwendung von gesetzlich geregelten Maßnahmen, die das Begutachtungsverfahren derzeit begleiten, soll daher in zeitlich begrenztem Maße modifiziert werden. Ziel der Regelung nach Absatz 2 ist, die gegenwärtig für alle Antragsteller geltende Regelung, dass der Bescheid der Pflegekasse innerhalb von fünf Wochen erteilt werden muss, auf diejenigen Fälle zu konzentrieren, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht. Eine solche Regelung hat vor allem für Antragsteller auf häusliche Pflegeleistungen Bedeutung. Innerhalb einer auf zwölf Monate nach dem Datum der Umstellung begrenzten Übergangsfrist werden daher die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass auch bei einem ggf. erhöhten Begutachtungsaufkommen, das durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auftreten kann, durch die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste in diesem Sinne flexibel reagiert werden kann. Antragssituationen, für die eine verkürzte Frist gilt, bleiben hiervon unberührt.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, für die Klärung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bundeseinheitliche Kriterien und Anwendungshinweise zu entwickeln. Kriterien, die in diesem Zusammenhang Bedeutung haben, sind einerseits inhaltlicher Art und nehmen andererseits Bezug auf bestimmte Verfahrens- und Antragssituationen: Bevorzugung von Erstanträgen mit Antrag auf ambulante Sachleistungen, sich schnell verschlechternder Krankheitsverlauf, nicht sichergestellte Pflege, Bearbeitung von Widerspruchsgutachten, geplante Anträge auf Pflegezeit oder Familienpflegezeit, Anträge auf eine Begutachtung von Kindern. Darüber hinaus wird ergänzend geregelt, dass der Umgang mit dieser Regelung in der in § 18 Absatz 3b bestehenden Berichtspflicht aufgegriffen wird.

Zu Absatz 3

Folgeänderung zur in Absatz 2: bestimmten Beschränkung der Geltung der Fünf-Wochen-Frist auf diejenigen Anträge, bei denen besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht.

Zu Absatz 4

Im Rahmen der modifizierten Anwendung der Entscheidungsfristen für Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung nach Absatz 2 wird im gleichen Zeitraum auch die Verpflichtung der Pflegekassen zur Leistung einer Zusatzzahlung bei Fristüberschreitung ausgesetzt.

Zu Artikel 3 (Übergangsregelungen für die stationäre Pflege)

In Artikel 3 sind für den Übergang der vereinbarten Pflegesätze in zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen im Grundsatz zwei Varianten vorgesehen.

Zu § 1

Die zum Zeitpunkt der Verkündung dieses Gesetzes geltenden Pflegesatzvereinbarungen der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen werden von Gesetzes wegen bis zum 31. Dezember 2016 befristet. In dem Zeitraum bis zur Überleitung sind nach der ersten Variante, wie auch vom Expertenbeirat ausgeführt, Neuverhandlungen der Pflegesätze ab Inkrafttreten des Gesetzes eröffnet. Dieses folgt dem bewährten, einrichtungsindividuellen Verhandlungs- und Vereinbarungsprinzip und ermöglicht es den Vertragsparteien, mit größtmöglicher Flexibilität im Hinblick auf das Wirksamwerden des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum Tag der Umstellung (Inkrafttreten nach Artikel 8 Absatz 2) hin für die voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtung in prospektiver Weise Anpassungen und Verbesserungen passgenau vorzusehen. Dabei sowie bei den folgenden Pflegesatzverhandlungen für den Zeitraum nach dem Inkrafttreten des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind die von den Vereinbarungspartnern des § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch angepassten Vorgaben in den Landesrahmenverträgen, insbesondere zur Personalstruktur und den Personalrichtwerten nach Absatz 3, sowie die neuen gesetzlichen Vorgaben des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das darin enthaltene Verständnis von Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen. Bereits bei diesem Übergang sind für die Pflegesätze im vollstationären Bereich in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Kosten vorzusehen (einrichtungseinheitliche Eigenanteile). Dazu wird ergänzend auf die Begründung zur Änderung des § 84 Elften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen.

Zur Förderung einer effektiven Vereinbarungspraxis werden hierbei die Pflegesatzkommissionen ermutigt, ein vereinfachtes Verfahren für die über 13 000 voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen in den Ländern vorzusehen und das Nähere für einen schnellen und ausgewogenen Ablauf zu bestimmen. Dabei sind die Vorgaben der §§ 2 ff. zur alternativen Überleitung einzubeziehen. Für dieses vereinfachte Verfahren soll auch ausdrücklich ein angemessener Zuschlag für die voraussichtlichen Steigerungen im Hinblick auf die Personal- und Sachkosten vorgesehen werden. Kommt eine Einigung über ein vereinfachtes Verfahren in der Pflegesatzkommission nicht zustande, ist dieses über die Verweisung auf § 86 Absatz 1 Satz 2 und § 85 Absatz 5 Elften Buches Sozialgesetzbuch schiedsstellenfähig. Die Pflegesatzkommissionen in den Ländern tragen in ihrer heterogenen Besetzung mit dieser zugewiesenen Aufgabe eine große Verantwortung und können einen wichtigen Beitrag für einen möglichst unbürokratischen Übergang in der voll- und teilstationären Pflege leisten.

Zu § 2

Für die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die bis 30. September 2016 keine neue Vereinbarung nach § 1 geschlossen haben, sieht § 2 als Auffangregelung eine alternative Überleitung der Pflegesätze vor. Das Verfahren zur Berechnung ist in § 3 geregelt. Die Pflichten der Beteiligten im Rahmen des alternativen Überleitungsverfahrens ergeben sich aus § 4.

Mit der Auffangregelung wird in einem pauschalen Verfahren die leistungsgerechte, bisher nach Pflegeklassen abgestufte Vergütungsstruktur in das neue System überführt. Zugleich wird damit die neue Ausrichtung in der vollstationären Pflege auf einrichtungseinheitliche Eigenanteile in den Pflegegraden 2 bis 5 bereits mit der Überleitung erreicht. Diese grundlegende Umverteilung entspricht den Zielsetzungen, die der Gesetzgeber mit den neuen Vergütungsregelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch verfolgt. Die sich als Summe aus Leistungsbetrag der Pflegeversicherung und vom Pflegebedürftigen zu zahlenden Eigenanteil ergebenden Pflegesätze stehen im Durchschnitt aller Einrichtungen in den von der Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS) ermittelten Relationen zueinander. Im Einzelfall können sich dazu Abweichungen ergeben. Diese Aufwandsrelationen werden auch im teilstationären Bereich angewendet. Dabei setzt man für den Pflegegrad 2 den Aufwandsfaktor auf 1,0; so ergeben sich für die anderen Pflegegrade (PG) folgende Aufwandsfaktoren: PG 3: 1,36, PG 4: 1,74 und PG 5 1,91.

Zu § 3

Zu Absatz 1

Zunächst ermittelt das Pflegeheim, bezogen auf den Stichtag am 30. September 2016, ausgehend von ihrer aktuellen Belegungszusammensetzung den Gesamtbetrag der Pflegesätze in den Pflegeklassen I bis III einschließlich der Härtefälle sowie Bewohnern ohne Pflegestufe aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Die Hochrechnung aus dem Stichtag auf den Kalendermonat hat mit dem Faktor 30,4 zu erfolgen.

Zu Absatz 2

Folgende Berechnung ist zur Aufschlüsselung des Gesamtbetrags der Pflegesätze zwecks Ermittlung des Zahlbetrages und damit des Eigenanteils für die Pflegegrade 2 bis 5 vorzunehmen: Zur Ermittlung der Höhe des einheitlichen Eigenanteils (Zuschlags auf die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung) sind zunächst die Bewohner des Pflegeheims am 30. September 2016 entsprechend der Überleitungsregelung des Artikel 2 § 1 den neuen Pflegegraden zuzuordnen. Multipliziert man diese mit den neuen Leistungsbeträgen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, so ergeben sich die dem Pflegeheim auf dieser Basis zufließenden Leistungsausgaben der Pflegeversicherung. Teilt man die Differenz zur Summe der zum Stichtag für alle Pflegebedürftigen gezahlten Pflegesätze durch die Zahl der Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5, so ergibt sich der einheitliche Zuschlagsbetrag (Eigenanteil), der dafür sorgt, dass die Pflegesatzsumme die gleiche Höhe hat wie vor der Umstellung. Dies ist angesichts der zum tatsächlichen Umstellungszeitpunkt voraussichtlich unveränderten Zusammensetzung der zu versorgenden Pflegebedürftigen und der voraussichtlich ebenfalls unveränderten Personalausstattung angemessen.

Zu Absatz 3

Im teilstationären Bereich wird zur Bestimmung der Pflegesätze in Abweichung zum vollstationären Bereich eine andere Berechnungsformel angewendet. Die Berechnung zielt auf die Ermittlung der Pflegesätze ab, die direkt in Relation der in der Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS) im vollstationären Bereich ermittelten Aufwände zueinander stehen. Die Gesamtsumme der Pflegesätze bleibt wie im vollstationären Bereich gegenüber dem ermittelten Durchschnittswert unverändert.

Zu Absatz 4

Zum Umstellungszeitpunkt gibt es aufgrund der Überleitungsregelungen keine Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1. Für Neuzugänge in der voll- und teilstationären Pflege ist daher eine Auffangregelung vorgesehen, nach der für den Pflegegrad 1 eine Festsetzung in Höhe von 78 Prozent des Pflegesatzes in Pflegegrad 2 vorgesehen ist. Dieses entspricht dem Verhältnis des Durchschnittsaufwands der Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS).

Zu § 4

Mit der Auffangregelung ist keine Verhandlung verbunden. Daher sind nach § 4 die wesentlichen Ausgangsdaten für die Ermittlung der Pflegesätze von der voll- bzw. teilstationären Pflegeeinrichtung an die Kostenträger mitzuteilen, die dann ihrerseits ohne schuldhaftes Zögern über Beanstandungen zu entscheiden und der Pflegeeinrichtung dies gegebenenfalls mitzuteilen haben.

Anschließend hat die voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtung die Heimbewohner rechtzeitig bis einen Monat vor dem Tag der Umstellung, bis 30. November 2016, schriftlich über die neuen Pflegesätze der Pflegegrade 1 bis 5 in der Einrichtung zu informieren. In der vollstationären Pflege ist auch die Höhe des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils mitzuteilen. Damit wird den Informationspflichten und dem Schutzinteresse für die Ver-

braucher nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz hinreichend nachgekommen. Zudem erfolgt ein Hinweis auf den Besitzstandsschutz nach Artikel 2 § 2.

Zu Artikel 4 (Änderung des Dritten Buches, § 28a Absatz 1)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, zur Aufgabe der bisherigen Pflegestufen und Neueinführung von Pflegegraden sowie zum Wegfall der Ermittlung von Pflegezeiten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die Absicherung in der Arbeitslosenversicherung – ebenso wie die rentenrechtliche Absicherung – nicht für Pflegepersonen geöffnet, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen.

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches, § 37)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz, insbesondere mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sind keine Leistungsverschiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden. Allerdings ergeben sich aus den neuen Begrifflichkeiten im Elften Buch rechtstechnische Änderungen im Fünften Buch.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege in der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. Der Begriff der Verrichtungen wird bisher in § 14 des Elften Buches, insbesondere in § 14 Absatz 4 SGB XI in der bis zum 1. Januar 2017 geltenden Fassung, näher bestimmt. Nach § 36 Absatz 2 des Elften Buches in der bis zum 1. Januar 2017 umfassen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung Hilfeleistungen bei diesen Verrichtungen. Außerdem ist geregelt, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen nicht zu den Hilfeleistungen nach dem Elften Buch gehören würden, soweit diese nach § 37 des Fünften Buches zu erbringen sind. Da der Begriff der Verrichtungen in Zukunft im Elften Buch nicht mehr verwandt wird, ist eine Anpassung erforderlich, um die bisherige Leistungszuständigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung unter Verwendung der neuen Begrifflichkeiten zutreffend abzubilden.

Hierzu wird berücksichtigt, dass die Beeinträchtigungen, die zu einem Hilfebedarf bei den bisher in § 14 Absatz 4 des Elften Buches genannten Verrichtungen führen, innerhalb der sechs Bereiche des § 14 Absatz 2 des Elften Buches ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung weitestgehend in den Nummern 1 (Mobilität) und 4 (Waschen, Ernährung) enthalten sind. Im Hinblick auf die hauswirtschaftliche Versorgung ist ferner zu berücksichtigen, dass diese als Bestandteil der Hilfen bei der Haushaltsführung nach wie vor Inhalt des Leistungsanspruchs auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 des Elftes Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

Zu Buchstabe b

Satzungsleistungen der Krankenkassen in den Bereichen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit ausgeschlossen. Im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist zur Abbildung der bisherigen Rechtslage eine Anpassung erforderlich. Insoweit werden die Übergangsregelungen in Artikel 2 berücksichtigt.

Zu Nummer 2

Entsprechender Anpassungsbedarf wie in § 37 Absatz 2 Satz 1 ergibt sich für die Regelung des Absatzes 6 Satz 2, der bisher bestimmt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen bestimmt.

Zu Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der §§ 19 und 44 Absatz 1 des Elften Buches.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 123 des Elften Buches.

Zu Nummer 2 (§ 5)

Zu den Buchstaben a und b

Durch die Änderung wird die bisher geltende Bemessungsgrenze von 400 Euro im Monat, bis zu der eine nicht erwerbsmäßige Pflege als geringfügig galt und somit Versicherungsfreiheit bestand, aufgehoben. Durch die Voraussetzung in § 44 Absatz 1 des Elften Buches, dass zur Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen künftig der Umfang der Pflegetätigkeit mindestens 30 Prozent des Gesamtpflegeaufwandes beziehungsweise 30 Prozent eines addierten Pflegeaufwandes betragen muss, ist gewährleistet, dass eine nur in geringem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeit nicht zur Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung führt.

Zu Nummer 3 (§ 166)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung der §§ 19 und 44 Absatz 1 des Elften Buches. In § 166 Absatz 2 Satz 1 wird die künftige Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen nach § 44 Absatz 1 des Elften Buches für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen nach § 19 des Elften Buches festgelegt. Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ist nach den Pflegegraden 2 bis 5 gestaffelt und beträgt künftig in dem höchsten Pflegegrad 5 bis zu 100 Prozent der Bezugsgröße.

Für Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person pflegen, die Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches oder ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht, sind Abschläge von den jeweiligen Bezugsgrößen in Höhe von 15 Prozent (bei Kombinationsleistungen) bzw. von 30 Prozent (bei ambulanten Pflegesachleistungen) vorgesehen. Denn in diesen Fällen reduziert sich der Pflegeaufwand der Pflegepersonen durch eine teilweise Übernahme der Pflegetätigkeit durch einen ambulanten Pflegedienst.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege einer pflegebedürftigen Person gemeinsam aus, sind die beitragspflichtigen Einnahmen aufzuteilen (§ 166 Absatz 2 Satz 2). Für jede Pflegeperson sind die beitragspflichtigen Einnahmen entsprechend des prozentualen Umfangs ihrer jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand zugrunde zu legen. Wird zum Beispiel eine pflegebedürftige Person von zwei Pflegepersonen je zur Hälfte gepflegt (50 Prozent), wird auch die je nach Pflegegrad zustehende Bezugsgröße hälftig aufgeteilt und der von der Pflegeversicherung zu

zahlende Rentenbeitrag hieraus berechnet. Wie im bisherigen Recht werden bei der Aufteilung auch Pflegepersonen berücksichtigt, die nicht versicherungspflichtig sind, weil sie neben der Pflege mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig sind oder die nach § 5 Absatz 4 des Sechsten Buches versicherungsfrei sind (z.B. aufgrund eines Altersvollrentenbezuges). Anders als nach bisherigem Recht mit der Maßgeblichkeit der 14-Stunden-Grenze werden künftig in die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen auch Pflegepersonen einbezogen, die bei Mehrfachpflege nicht mindestens 30 Prozent des Gesamtpflegeaufwandes erreichen oder nur über einen addierten Pflegeaufwand die 30 Prozent-Grenze erreichen. Durch den Einbezug der Additionspflege in die Aufteilung bedarf es auch des früheren § 166 Absatz 3 nicht mehr.

Pflegt eine Pflegeperson mehrere Pflegebedürftige, wird der Anteil der Bezugsgröße – vorausgesetzt die Anteile am jeweiligen Gesamtpflegeaufwand summieren sich insgesamt auf einen Wert von mindestens 30 Prozent – je pflegebedürftiger Person berechnet (§ 166 Absatz 2 Satz 3). Pflegt zum Beispiel eine Pflegeperson einen Pflegebedürftigen A des Pflegegrades 2 zu 10 Prozent und einen Pflegebedürftigen B des Pflegegrades 4 zu 40 Prozent, wird die Höhe des Rentenversicherungsbeitrages von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen A auf der Grundlage von 10 Prozent des maßgebenden Bezugsgrößenwertes des Pflegegrades 2 und von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen B auf der Grundlage von 40 Prozent des maßgebenden Bezugsgrößenwertes des Pflegegrades 4 berechnet.

Zu Artikel 7 (Änderung des Siebten Buches, § 2 Absatz 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die Absicherung in der Unfallversicherung – ebenso wie die rentenrechtliche Absicherung - nicht für Pflegepersonen geöffnet, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen. In dem neuen § 14 Absatz 2 des Elften Buches werden die Bereiche genannt, die bei der künftigen Feststellung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden. Pflegepersonen sind bei Hilfen in diesen Tätigkeitsbereichen beitragsfrei in der Unfallversicherung versichert. Da bei der Einstufung in einen Pflegegrad künftig Hilfen bei der Haushaltsführung nicht mehr berücksichtigt werden, sind diese hier zusätzlich aufgeführt. Auch wenn die Pflegeperson einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 bei der Führung des Haushaltes behilflich ist, sollen diese Tätigkeiten in den Unfallversicherungsschutz mit einbezogen werden.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten, die Regelungen treten vorbehaltlich Absatz 2 und 3 am XX [geplant ist der 1. Januar 2016] in Kraft.

Zu Absatz 2

Die hier aufgeführten Vorschriften zur Bestimmung der Pflegegrade, zum Beitrags-, Vergütungs- und Leistungsrecht sowie weitere daran anknüpfende Regelungen dienen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Begutachtungsverfahrens zum 1. Januar 2017. Sie treten daher 12 Monate später in Kraft, dienen aber bereits zuvor als Grundlage und Bezugsregelungen, um der Praxis einen entsprechend den Beiratsempfehlungen ausreichenden Vorbereitungszeitraum zu gewähren. Gleichlautend findet eine Änderung des Inhaltsverzeichnisses statt.

Zu Absatz 3

Das spätere Inkrafttreten der Regelung berücksichtigt den voraussichtlich höheren Verwaltungsaufwand in der unmittelbaren Einführungsphase des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.