Gesetzentwurf

der Bundesregierung

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 pflegefachlich nicht ausreichend 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.

Dementsprechend 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 die Bewältigung von und der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen oder die Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte.

Zudem sei das bisherige Leistungsrecht stärker kompensatorisch – also auf den Ausgleich von Defiziten – statt auf die Stärkung individueller Ressourcen von pflegebedürftigen Personen, 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 Begutachtungsinstrument 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 Begutachtungsinstruments 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 Personen – 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 Begutachtungsinstrument auf eine neue pflegefachliche Grundlage gestellt werden. Erstmals sollen damit alle für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien in einer für alle pflegebedürftigen Personen 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 Qualitätsentwicklung 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 abzielen und zu wenig personenbezogen und auf die Ergebnisse pflegerischen Handelns eingehen Auch wird die bisher geltende Form der Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen als verbesserungsbedürftig 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 Qualitätsdarstellung unter Berücksichtigung der Ergebnisqualität mit einer Änderung der Entscheidungsstrukturen einhergehen.

B. Lösung

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA wird die umfassendste Modernisierung im Pflegeversicherungsrecht seit der Einführung der 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 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 Personen und ihre Angehörigen die Leistungstransparenz erheblich.

Die durch die Pflegeversicherung gewährten Leistungen beruhen zukünftig allein auf dem festgestellten Pflegegrad. Dadurch werden alle pflegebedürftigen Personen 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 Personen werden im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes auch die Leistungen 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 Personen, 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 reduziert. 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 wird 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 der Grundlage wissenschaftlicher Standards zu schaffen, die Transparenz von Pflegequalität weiterzuentwickeln sowie die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner zu gestalten. 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 die 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.

Nur mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs können die vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2009 identifizierten Probleme, die vom Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2013 bekräftigt wurden, und die fachliche Kritik am bestehenden Begriff der Pflegebedürftigkeit gelöst werden. Ansonsten bliebe es bei der verrichtungsbezogenen und defizitorientierten Ausrichtung des bisherigen Begutachtungsinstruments und der fachlich nicht zu

rechtfertigenden Ungleichbehandlung zwischen pflegebedürftigen Personen 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 im Jahr 2017 Mehrausgaben von rund 110 Millionen Euro und in den Folgejahren von rund 70 Millionen Euro jährlich. Hinzu kommen 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.

Für den Haushalt des Bundes ergeben sich durch die Einbeziehung von Pflegepersonen in den Arbeitslosenversicherungsschutz Einsparungen bei den Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende zur Sicherung des Lebensunterhalts in Höhe von rund 5 Millionen Euro jährlich. In Folge der aus dieser Einbeziehung resultierenden Ansprüche auf Arbeitslosengeld liegen für Länder und Gemeinden die Minderausgaben bei rund 2 Millionen Euro jährlich.

Für Leistungsempfänger von ergänzender Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes entstehen dem Bund und den Ländern durch die Beitragssatzanhebung geringe, nicht bezifferbare Mehrausgaben.

Für die Träger des Sozialen Entschädigungsrechts entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben für Beiträge aus Versorgungskranken- und Übergangsgeld sowie für Beitragserstattungen an Berechtigte, die privat oder freiwillig in der gesetzlichen Pflegekasse versichert sind. Die Mehrausgaben lassen sich aufgrund fehlender statistischer Daten nicht quantifizieren. Es wird davon ausgegangen, dass die auf den Bund und die Länder entfallenden Mehrausgaben geringfügig sind.

Die Anhebung des Beitragssatzes führt infolge des höheren Sonderausgabenabzugs zu Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer (einschließlich Solidaritätszuschlag) von rund 300 Millionen Euro jährlich. Davon entfallen 136 Millionen Euro auf den Bund, 121 Millionen Euro auf die Länder und 43 Millionen Euro auf die Gemeinden.

Durch die Anhebung der ambulanten Leistungsbeträge, die Festlegung der vollstationären Leistungsbeträge und die Erweiterung des nach § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) anspruchsberechtigten Personenkreises ergeben sich für die Träger der Sozialhilfe Entlastungen von rund 530 Millionen Euro jährlich gegenüber dem geltenden Recht; davon entfallen unter der Annahme, dass nur 60 000 pflegebedürftige Personen zusätzlich in den Anwendungsbereich des § 43a SGB XI kommen rund 200 Millionen Euro auf die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Der Entlastungseffekt schmilzt in den Folgejahren allmählich auf 480 Millionen Euro jährlich ab. Diese Einsparungen kommen den Ländern und Kommunen zugute. Ob diesen Einsparungen ggf. Mehraufwendungen in der Hilfe zur Pflege gegenüberstehen, die durch die geplante Übertragung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) entstehen könnten, ist derzeit nicht abschätzbar.

Für die Träger des Sozialen Entschädigungsrechts ergeben sich im Rahmen der Leistungen der Kriegsopferfürsorge durch die Anhebung der Leistungsbeträge geringe, nicht bezifferbare Minderausgaben für den Bund und die Länder gegenüber dem geltenden Recht. Im SGB XII entstehen den Trägern (Länder und Kommunen) für Leistungsempfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII Kosten aus der Beitragssatzanhebung in Höhe von etwa 2 Millionen Euro jährlich. 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 jährlich.

Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen, ausgenommen sind die durch die Beitragssatzerhöhung anfallenden Mehrausgaben für die Beiträge zur Pflegeversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

2. Soziale Pflegeversicherung

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

Dem stehen im Jahr 2017 Mehrausgaben in Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschließlich der Setzung der Leistungsbeträge von 3,7 Milliarden Euro und 2,4 bis 2,5 Milliarden Euro jährlich in den Folgejahren gegenüber. Darüber hinaus entstehen durch die Überleitung der pflegebedürftigen Personen von den Pflegestufen auf die Pflegegrade zusätzlich Überleitungskosten von insgesamt etwa 3,6 Milliarden Euro im Zeitraum von vier Jahren. Hinzu kommen zusätzlich Bestandsschutzkosten im vollstationären Bereich von knapp 0,8 Milliarden Euro.

Der ab dem 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte angehobene Beitragssatz von 2,55 Prozent kann bis in das Jahr 2022 hinein stabil gehalten werden.

Damit wird die finanzielle Nachhaltigkeit des Systems insoweit gewährleistet, als dass die zeitliche Reichweite des Beitragssatzes noch etwas weiter ist, als dies ohne Reformen der Fall gewesen wäre.

3. Krankenversicherung

Für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 8 Millionen Euro jährlich 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 407 Millionen Euro jährlich. Dem stehen langfristig entsprechend höhere, jährliche Rentenausgaben gegenüber. Für die gesetzliche Rentenversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 2 Millionen Euro jährlich für Beiträge aus Übergangsgeld.

5. Arbeitslosenversicherung

Für die Bundesagentur für Arbeit entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben von rund 40 Millionen Euro jährlich. Dem stehen nicht quantifizierbare Mehreinnahmen durch einen Anstieg 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 5 Millionen Euro jährlich. Für den Haushalt der Bundesagentur für Arbeit ergeben sich durch die Einbeziehung von Pflegepersonen in den Arbeitslosenversicherungsschutz mittelfristig Mehrausgaben in Höhe von bis zu 33 Millionen Euro jährlich.

6. Unfallversicherung

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

Durch die Einbeziehung der Pflegepersonen von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Versicherungsschutz der Unfallversicherung steigen die Ausgaben bei Unterstellung eines gleichbleibenden Unfallgeschehens auf Basis der bisherigen Ausgaben im Rahmen der Überleitungsvorschriften um rund 0,1 Millionen Euro in der Übergangszeit von einigen Jahren. Im Übrigen können die finanziellen Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der versicherten Tätigkeiten nicht quantifiziert werden.

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 774 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 1,12 Millionen Euro, davon rund 390 000 Euro Bürokratiekosten aus drei Informationspflichten. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 1,5 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 8 000 Euro, zudem entsteht eine einmalige Entlastung über zwei Jahre in Höhe von rund 3 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 384 000 Euro. Die Bundesregierung wird die Erfüllung der als 'one in, one out'-Regel beschlossenen Maßgaben außerhalb dieses Gesetzesvorhabens realisieren.

Hinsichtlich einmaligen Erfüllungsaufwandes kommt es im Saldo zu einer Entlastung in Höhe von rund 728 000 Euro.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 2 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 13,4 Millionen Euro. Dem Bundesversicherungsamt entstehen im Bereich *Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung* zusätzliche Vollzugsaufwendungen im Umfang von zwei Stellen verbunden mit einem Personalmittelmehrbedarf von rund 166 000 Euro. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 2,4 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 782 000 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 14,3 Millionen Euro.

Hinsichtlich einmaligen Erfüllungsaufwandes kommt es im Saldo zu einer Entlastung von rund 13,2 Millionen Euro.

Der auf den Bundeshaushalt entfallende Erfüllungsaufwand wird mit den vorhandenen Personal- und Sachmitteln innerhalb der jeweiligen Einzelpläne abgedeckt.

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 ausma-

chen. Dies sind im Jahr 2017 rund 110 Millionen Euro und in den Folgejahren rund 70 Millionen Euro jährlich. Hinzu kommen 130 Millionen Euro Überleitungs- und Bestandsschutzkosten über einen Zeitraum von vier Jahren.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aufgrund der Anhebung des Beitragssatzes beträgt im Jahr 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 durch Anpassung der Leistungsbeträge haben direkte und indirekte Beschäftigungseffekte. Hierdurch ergeben sich Mehreinnahmen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen.

Gesetzentwurf der Bundesregierung

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, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 24 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht 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 wird die folgende Angabe zu § 7c eingefügt:

      „§ 7c Pflegestützpunkte“.
   c) Nach der Angabe zu § 8 wird die folgende Angabe zu § 8a eingefügt:

      „§ 8a Landespflegeausschüsse“.
   d) Nach der Angabe zu § 18b wird die folgende Angabe zu § 18c eingefügt:

      „§ 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“.
   e) Die Angabe zur Überschrift des Vierten Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

      „Vierter Abschnitt
      Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich“.
   f) Die Angabe zu § 92 wird wie folgt gefasst:

      „§ 92 (weggefallen).“
   g) Die Angabe zur Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

      „Fünfter Abschnitt
      Integrierte Versorgung“.
   h) Nach der Angabe zu § 92b wird die folgende Angabe zum Sechsten Abschnitt des Achten Kapitels eingefügt:

      „Sechster Abschnitt
      Übergangsregelung für die stationäre Pflege

      § 92c Neuverhandlung der Pflegesätze

      § 92d Alternative Überleitung der Pflegesätze

      § 92e Verfahren für die Umrechnung

      § 92f Pflichten der Beteiligten“.
   i) Die Angabe zu § 113b wird wie folgt gefasst:

      „§ 113b Qualitätsausschuss“.
   j) Nach der Angabe zu § 113b wird die folgende Angabe zu § 113c eingefügt:

„§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen“.

k) Der Angabe zu § 115 wird ein Komma und das Wort „Qualitätsdarstellung“ angefügt.

2. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird aufgehoben.

b) Absatz 4a wird Absatz 5.

3. § 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 im Satzteil vor der Aufzählung 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) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die zuständige Pflegekasse informiert die Versicherten 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 zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetseite.“

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach § 45c, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste), unverzüglich und in geeigneter Form zu übermitteln. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetseite 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. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen.“

e) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach den Vorschriften dieses Buches 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 bereitstellen. Dazu gehören auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit diese in der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübermittlung kostenfrei bereitgestellt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab.“

4. § 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 am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden“ eingefügt.

      bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

      cc) Im bisherigen Satz 2 Nummer 1 wird das Wort „Feststellungen“ durch das Wort „Ergebnisse“ ersetzt und werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die 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“ eingefügt und wird die Angabe „Satz 2 Nr. 3“ durch die Wörter „Satz 3 Nummer 3“ ersetzt.

      ee) Der bisherige Satz 9 wird aufgehoben.

      ff) In 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 einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie soll auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 auch in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt, stattfinden.“

      bb) Im bisherigen 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 Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene anzuhören, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind.“

f) Die folgenden Absätze 8 und 9 werden 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 vor über

1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach den Absätzen 1 bis 4, 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.

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

5. § 7b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

6. Nach § 7b wird folgender § 7c eingefügt:

„§ 7c

Pflegestützpunkte

(1) Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. Kommen

die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesverbände der Krankenkassen wahrzunehmen. Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse bei der Beschlussfassung ist § 81 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten haben keine aufschiebende Wirkung.

(2) Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die

1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch,
2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,
3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung

an den Pflegestützpunkten beteiligen. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger

1. sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,
2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,
3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,
4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,
5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.

(3) Die an den Pflegestützpunkten beteiligten Kostenträger und Leistungserbringer können für das Einzugsgebiet der Pflegestützpunkte Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung schließen; insoweit ist § 92b mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam und einheitlich handeln.

(4) Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung

des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt. Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den Trägern der Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal auf der Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung anteilig getragen. Die Verteilung der für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen wird mit der Maßgabe vereinbart, dass der auf eine einzelne Pflegekasse entfallende Anteil nicht höher sein darf, als der von der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist, zu tragende Anteil. Soweit sich private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nicht an der Finanzierung der Pflegestützpunkte beteiligen, haben sie mit den Trägern der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch privat Pflege-Pflichtversicherte sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen Vereinbarungen zu treffen; dies gilt für private Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, entsprechend.

(5) Im Pflegestützpunkt tätige Personen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere

1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

dürfen Sozialdaten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(6) Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 7 sind hierbei zu berücksichtigen. Die Rahmenverträge sind bei der Arbeit und der Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die Altenhilfe und für die Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu beachten.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände können gemeinsam und einheitlich Empfehlungen zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Alten- und Sozialhilfe vereinbaren.“

7. Dem § 8 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(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. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. als Mitglied im Qualitätsausschuss nach § 113b vertreten ist, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen nach Satz 1. Aus den

Mitteln nach Absatz 3 ist zudem die Finanzierung der Aufgaben nach § 113c sicherzustellen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent an diesen Aufwendungen. Der Finanzierungsanteil nach Satz 2 und 4, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.“

8. Nach § 8 wird folgender § 8a eingefügt:

„§ 8a

Landespflegeausschüsse

Für jedes Land oder für Teile des Landes wird zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. Der Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Landespflegeausschüssen zu bestimmen; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen.“

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

10. In § 13 Absatz 5 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt nicht für das Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3“ eingefügt.

11. § 17 wird wie folgt geändert:

    a) 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, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich sind (Pflegeberatungs-Richtlinien). An den Richtlinien nach Satz 1 sind die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

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

12. § 17a Absatz 4 Satz 1 bis 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 1 wird frühestens am 1. Januar 2017 wirksam. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.“

13. § 18 wird wie folgt geändert:

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

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

„(6a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben gegenüber der Pflegekasse in in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich dokumentiert. Hinsichtlich der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne des Satzes 2 wird die Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches oder die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Bezüglich der Vermutung der Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches tritt die Regelung am 31. Dezember 2019 außer Kraft. Die Konkretisierung, welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 2 den Zielen von § 40 dienen, erfolgt in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich, jedoch spätestens mit der Übersendung des Bescheides über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, auch die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.“

14. In § 18a Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2018“ ersetzt und werden nach dem Wort „über“ die Wörter „die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und“ eingefügt.

15. 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 im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Begleitgremium ein, das die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung 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, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung der Umstellung zu unterstützen. Dem Begleitgremium wird ab dem 1. Januar 2017 zusätzlich die Aufgabe übertragen, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten, die nach der Umstellung im Zuge der Umsetzung 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 den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 1. Januar 2020 zu veröffentlichen. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind auf Verlangen Zwischenberichte vorzulegen.“

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

17. § 33 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.“

18. § 37 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.“

19. § 38 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.“

20. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 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 folgender 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.

21. § 42 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

b) Satz 4 wird aufgehoben.

22. In § 44a Absatz 3 Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „der Auszahlungsbetrag vermindert sich um den vom Beschäftigten aus dem Pflegeunterstützungsgeld zu tragenden Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen“ eingefügt.

23. § 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 der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend.“

24. Die Überschrift des Vierten Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Vierter Abschnitt

Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich“.

25. § 92 wird aufgehoben.

26. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt

Integrierte Versorgung“.

27. § 92c wird durch folgenden Sechsten Abschnitt des Achten Kapitels ersetzt:

„Sechster Abschnitt

Übergangsregelung für die stationäre Pflege

§ 92c

Neuverhandlung der Pflegesätze

Die ab dem 1. Januar 2016 geltenden Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime gelten bis zum 31. Dezember 2016 weiter. Gleiches gilt für Pflegesatzvereinbarungen, die neu auf Grundlage des § 84 Absatz 2 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung abgeschlossen werden. Für den vorgesehenen Übergang ab dem 1. Januar 2017 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 insbesondere die Pflegesatzkommission nach § 86 das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug der alternativen Überleitung nach § 92d sowie für einen angemessenen Zuschlag für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten bestimmen. § 85 Absatz 3 bis 7 gilt entsprechend.

§ 92d

Alternative Überleitung der Pflegesätze

Sofern bis zu drei Monate vor dem 1. Januar 2017 für das Pflegeheim keine neue Vereinbarung nach § 92c geschlossen wurde, werden die vereinbarten Pflegesätze durch übergeleitete Pflegesätze abgelöst, die nach § 92e zu ermitteln sind.

§ 92e

Verfahren für die Umrechnung

(1) Grundlage für die Ermittlung der ab dem 1. Januar 2017 zu zahlenden Pflegesätze nach § 92d 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 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:

1. EA = der ab dem Tag der Umstellung geltende einheitliche Eigenanteil,
2. ∑ PS = Gesamtbetrag der Pflegesätze (PS) nach Absatz 1,
3. PBPG2 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
4. PBPG3 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 3 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
5. PBPG4 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 4 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
6. PBPG5 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
7. PB (PG2 – PG5) = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
8. LBPG2 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 2,
9. LBPG3 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 3,
10. LBPG4 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 4 sowie
11. LBPG5 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 5.

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

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

Dabei ist PSPG2 der teilstationäre Pflegesatz in Pflegegrad 2. Der Pflegesatz

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

§ 92f

Pflichten der Beteiligten

(1) Das Pflegeheim teilt den nach § 85 Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern bis spätestens zum 31. Oktober 2016 die von ihm nach § 92e Absatz 2 bis 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 und der Angabe zum Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz sowie
3. den Stichtagsbetrag nach 92e 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 unverzüglich mit Mehrheit. Sofern an die Pflegekassen als Vertragspartei keine Mitteilung innerhalb der Frist erfolgt, sind diese zu einer Schätzung berechtigt und informieren darüber unverzüglich das Pflegeheim.

(3) Abweichend von § 9 Absatz 2 des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes sind die Heimbewohner vom Pflegeheim spätestens bis zum 30. November 2016 über die danach geltenden Pflegesätze nach § 92e, bei vollstationärer Pflege einschließlich des einrichtungseinheitlichen Eigenanteiles, schriftlich zu informieren. Auf den Besitzstandsschutz nach § 141 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist hinzuweisen.“

28. § 94 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

29. Nach § 95 Absatz 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

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

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

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

32. § 113 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

        bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen. 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 in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen."

cc) Der neue Satz 8 wird aufgehoben.

b) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a und 1b 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. Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten festzulegen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten, insbesondere sind personenbezogene Daten von Versicherten vor der Übermittlung an die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b zu pseudonymisieren. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs durch die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b ist ausgeschlossen. Ein Datenschutzkonzept ist mit den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden abzustimmen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit beschließen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 unverzüglich die Vergabe der Aufträge nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2.

(1b) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, die entsprechend der Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten zusammenzuführen sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a auszuwerten. Zum Zweck der Prüfung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach den §§ 114 und 114a sowie zum Zweck der Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a leitet die beauftragte Institution die Ergebnisse der nach Absatz 1a ausgewerteten Daten an die Landesverbände der Pflegekassen und die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständigen weiter; diese dürfen die übermittelten Daten zu den genannten Zwecken verarbeiten und nutzen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren diesbezüglich entsprechende Verfahren zur Weiterleitung der Daten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten."

c) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die am 1. Januar 2016 bestehenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege gelten bis zum Abschluss der Vereinbarungen nach Absatz 1 fort."

d) Absatz 3 wird aufgehoben.

33. § 113a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird das Komma und werden 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) Die Sätze 6 und 7 werden aufgehoben.

b) Absatz 2 Satz 5 wird aufgehoben.

34. § 113b wird wie folgt gefasst:

„§ 113b

Qualitätsausschuss

(1) Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und erlassen die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, § 113, § 113a und § 115 Absatz 1a durch diesen Qualitätsausschuss.

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

(3) Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglie-

der nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung im Sinne von § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, § 113, § 113a und § 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 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständige werden beauftragt, insbesondere

1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei

   a) insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe* und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen sind und

   b) Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen sind;

2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Ergebnisse nach Nummer 1 unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument, bundesweite Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten zu entwickeln;

3. bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorzulegen;

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

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

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

Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen.

(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 Absatz 4 Satz 2 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 Absatz 4 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnisnahme vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(6) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. März 2016 eine unabhängige 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.

(7) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses, insbesondere

1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,
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 und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Februar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.

(8) Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann die Entscheidungen 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 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. Bei den Verfahren nach Satz 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen.“

35. Nach § 113b wird folgender § 113c eingefügt:

„§ 113c

Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. Sie beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige.

(2) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind zu beteiligen.

(3) Die Vertragsparteien nach § 113 haben die Umsetzung der Aufgabe nach Absatz 1 bis zum 30. Juni 2020 sicherzustellen. Sollten sie sich bis zum 31. Dezember 2016 nicht über die Beauftragung gemäß Absatz 1 Satz 2 geeinigt haben, bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend innerhalb von vier Monaten das Verfahren und die Inhalte der Beauftragung.“

36. § 114 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Sie umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen.“

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

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

d) Absatz 5 wird Absatz 4 und wie folgt geändert:

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

bb) Die Sätze 5 bis 7 werden aufgehoben.

37. § 114a Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt 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. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der 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 kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich."

38. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift wird 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 Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 4 vergebenen Aufträge zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Bei der Darstellung der Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst 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 Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 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 bestehenden Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen)."

d) Dem Absatz 1b wird folgender Satz angefügt:

„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 wird das Wort „Betreuung" durch das Wort „Versorgung" ersetzt.

39. § 117 wird wie folgt geändert:

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

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

40. § 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

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

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

41. Dem § 135 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Berechnung des Abführungsbetrages wird der Beitragssatz gemäß § 55 Absatz 1 zugrunde gelegt.“

Artikel 2

Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

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

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

b) Die Angabe zu § 17a wird gestrichen:

„§ 17a (weggefallen)“.

c) Nach der Angabe zu § 28 wird die folgende Angabe zu § 28a eingefügt:

„§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1“.

d) Nach der Angabe zu § 43a wird die folgende Angabe zum Fünften Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels eingefügt:

„Fünfter Titel
Zusätzliche Betreuung und Aktivierung
in stationären Einrichtungen

§ 43b Inhalt der Leistung“.

e) Die Angabe zur Überschrift des Fünften Abschnitts 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“.

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

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

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

„§ 45b Entlastungsbetrag“.

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

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

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

„§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung“.

j) Nach der Angabe zu § 53b wird die folgende Angabe zu § 53c eingefügt:

„§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte“.

k) Die Angabe zu § 87b wird gestrichen.

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

„§ 122 (weggefallen)“.

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

„§ 123 (weggefallen)“.

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

„§ 124 (weggefallen)“.

o) Folgende Angabe zum Fünfzehnten Kapitel wird angefügt:

„Fünfzehntes Kapitel
Überleitungs- und Übergangsrecht

Erster Abschnitt
Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes

§ 140 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

§ 143 Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversicherungsverträge.

Zweiter Abschnitt
Sonstige Überleitungs- und Übergangsregelungen

§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung“.

p) Die folgende Angabe zu den Anlagen 1 und 2 wird angefügt:

„Anlage 1 (zu § 15) Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Anlage 2 (zu § 15) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)“.

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

3. 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.

4. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach § 45c“ durch die Wörter „zur Unterstützung im Alltag nach § 45a“ ersetzt.

b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung“ durch die Wörter „zur Unterstützung im Alltag“ ersetzt.

5. In § 8 Absatz 3 Satz 12 werden die Wörter „§ 45c Absatz 4 Satz 6“ durch die Wörter „§ 45c Absatz 5 Satz 6“ ersetzt.

6. § 13 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Leistungen nach dem Fünften Buch einschließlich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches bleiben unberührt. Dies gilt

auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.“

7. Die §§ 14 bis 16 werden wie folgt gefasst:

„§ 14

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Besonderheiten bei Sondenernährung, Besonderheiten bei parenteraler Ernährung, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

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

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,

3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,

4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,

4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 16

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 zu erlassen. Es kann sich dabei von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen.“

8. § 17 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (Begutachtungs-Richtlinien). Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die 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.“

9. § 17a wird aufgehoben.

10. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „welche Stufe der Pflegebedürftigkeit“ durch die Wörter „welcher Pflegegrad“ 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 die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.“

b) Absatz 3 Satz 8 und 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens.“

c) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „stationärer“ durch das Wort „vollstationärer“ ersetzt und werden die Wörter „als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens

Pflegestufe I) anerkannt“ durch die Wörter „bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 finden vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.“

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

„(5a) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Mit diesen Informationen sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

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

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 3 genannten Kriterien pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 2 zu konkretisieren.“

11. § 19 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden die Wörter „14 Stunden wöchentlich“ durch die Wörter „zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche,“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Es wird vermutet, dass Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne von § 14 mit gemäß § 15 festgestelltem Pflegegrad 1 in seiner häuslichen Umgebung pflegen, weniger als zehn Stunden wöchentlich pflegen.“

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

13. § 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. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),“.

cc) Nummer 13 wird wie folgt gefasst:

„13. Entlastungsbetrag (§ 45b),“.

b) Absatz 1b Satz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

14. 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 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 Erstattung von Kosten eingesetzt werden, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 entstehen.

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

15. § 33 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

16. § 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, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht,“ ersetzt.

17. § 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 genannten 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 oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

(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.“

18. § 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 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) Die Sätze 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 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen; 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 die Sätze 3 bis 5.“

cc) Satz 7 wird aufgehoben.

c) 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 nach Satz 1 auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen.“

d) Absatz 7 Satz 4 wird aufgehoben.

19. In § 38 Satz 1 wird die Angabe „Abs. 3 und 4“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.

20. § 38a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

aa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird die Angabe „205 Euro“ 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) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

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

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 ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.“

21. In § 39 Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „dass“ die Wörter „der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist und“ eingefügt.

22. § 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.

23. § 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 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.“

24. § 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) Die Absätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

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

(4) Wählen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie für die 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 Absatz 2 Satz 3 vorgesehene einheitliche Eigenanteil erhöht sich in diesen Fällen entsprechend.“

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

26. Nach § 43a wird folgender Fünfter Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels eingefügt:

„Fünfter Titel

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

§ 43b

Inhalt der Leistung

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 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.“

27. § 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 mit mindestens Pflegegrad 2 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 oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden bei Mehrfachpflege nur entrichtet, wenn die jeweilige Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 Prozent umfasst (Mindestpflegeaufwand). Beträgt der prozentuale Anteil nicht mindestens 30 Prozent des Gesamtpflegeaufwandes, erfragt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt. Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden nur entrichtet, wenn sich die Anteile am jeweiligen Gesamtpflegeaufwand insgesamt auf einen Wert von mindestens 30 Prozentpunkten

summieren (addierter Mindestpflegeaufwand). Die Feststellungen zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln."

b) In Absatz 2 werden die Wörter „Satz 1 und 2" gestrichen.

c) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:

„(2a) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 2 Absatz 1 Nummer 17 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

(2b) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 26 Absatz 2b des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches genannten Stellen entrichten für die Pflegepersonen Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit. Näheres zu den Beiträgen und zum Verfahren regeln die §§ 345, 347 und 349 des Dritten Buches."

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Unfallversicherung" die Wörter „sowie nach dem Dritten Buch" und nach dem Wort „Unfallversicherungsträgern" die Wörter „sowie der Bundesagentur für Arbeit" eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 7 werden die Wörter „die Pflegestufe" durch die Wörter „den Pflegegrad" ersetzt.

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

cc) In Satz 3 werden nach dem Wort „Unfallversicherung" die Wörter „sowie mit der Bundesagentur für Arbeit" eingefügt.

e) Absatz 5 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches oder an die Bundesagentur für Arbeit nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Weiterleitung der in Satz 2 genannten Angaben an diese Stelle zu erfragen. Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht sowie bei Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, insbesondere bei einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflegetätigkeit oder einem Wechsel der Pflegeperson, die in Absatz 3 Satz 2 genannten Angaben mitzuteilen."

f) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Für Pflegepersonen, bei denen die Mindeststundenzahl von zehn Stunden wöchentlicher Pflege, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, sowie der Mindestpflegeaufwand von 30 Prozentpunkten nur durch die Pflege

mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesagentur für Arbeit das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligten Pflegekassen und Versicherungsunternehmen durch Vereinbarung zu regeln. Die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen dürfen die in Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 3 und 6 und, soweit dies für eine sichere Identifikation der Pflegeperson erforderlich ist, die in den Nummern 4 und 5 genannten Daten sowie die Angabe des zeitlichen und prozentualen Umfangs der Pflegetätigkeit der Pflegeperson an andere Pflegekassen und Versicherungsunternehmen, die an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligt sind, zur Überprüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht oder der Versicherungspflicht nach dem Dritten Buch der Pflegeperson übermitteln und ihnen übermittelte Daten verarbeiten und nutzen."

28. § 44a Absatz 2 wird aufgehoben.

29. 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).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag 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.

(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, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert wird. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(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 regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 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 nach § 36 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 nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags 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 Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. 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 und 8 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 den Sätzen 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 Selbständigkeit 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 von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
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 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 Satz 3 genannten Leistungen. Die Leistung nach Absatz 1 Satz 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. den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen 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 des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen 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 werden, 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 Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(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 Versichertem 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 von 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 von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt. § 45c Absatz 7 Satz 5 gilt entsprechend.“

30. In § 46 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „3,5 vom Hundert“ durch die Angabe „3,2 Prozent“ ersetzt.

31. 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 und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die stationären Pflegeeinrichtungen erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam. § 17 Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

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

33. § 65 Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die dem Bundesversicherungsamt bei der Verwaltung des Ausgleichsfonds entstehenden Kosten werden durch die Mittel des Ausgleichsfonds gedeckt. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres zu der Erstattung der Verwaltungskosten regeln.“

34. § 75 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 4 Nummer 1 wird das Wort „Pflegestufen“ durch das Wort „Pflegegrad“ ersetzt.

b) Satz 5 wird aufgehoben.

35. § 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.“

36. § 84 wird wie folgt geändert:

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

    b) Absatz 2 Satz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

    „Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. 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 Absatz 2.“

    c) Folgender Absatz 8 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.“

37. Dem § 85 wird folgender Absatz 8 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. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent 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 die Absätze 1 bis 7 entsprechend.“

38. § 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 „dem nächsthöheren Pflegegrad“ 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) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 2 952 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist.“

bb) In Satz 3 werden die Wörter „eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit“ durch die Wörter „einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15“ ersetzt.

39. § 87b wird aufgehoben.

40. § 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) Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.

41. § 90 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen“ 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.

~~42.~~ In § 94 Absatz 1 Nummer 3 wird die Angabe „(§§ 4 und 28)“ durch die Angabe „(§§ 4, 28 und 28a)“ ersetzt.

43. § 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 „Helfer“ die Wörter „sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag“ eingefügt.

44. In § 112 Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „soziale“ gestrichen.

45. In § 114 Absatz 2 Satz 5 wird das Wort „sozialen“ gestrichen und die Angabe „§ 87b“ durch die Angabe „§ 43b“ ersetzt.

46. Die §§ 122 bis 124 werden aufgehoben.

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

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

49. § 127 Absatz 2 Satz 1 wird die folgt geändert:

a) In Nummer 4 werden die Wörter „für jede der in § 15 aufgeführten Pflegestufen, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für die in § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 aufgeführte Pflegestufe III, sowie bei Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a einen Anspruch auf Aufzahlung von Geldleistungen vorsieht“ durch die Wörter „für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht“ ersetzt.

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

50. Folgendes Fünfzehntes Kapitel wird angefügt:

„Fünfzehntes Kapitel
Überleitungs- und Übergangsrecht

Erster Abschnitt

Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes

§ 140
Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 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 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 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 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Satz 3 einem Pflegegrad zugeordnet. Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. Für die Zuordnung gelten die folgenden Kriterien:

1. Versicherte, bei denen eine Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet
   a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
   b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
   c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder
   d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden;
2. Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet
   a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 2,
   b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 3,

c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 4,

d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, auch soweit zusätzlich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.

(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 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt.

§ 141

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 nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich die Gewährung von Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben und

2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 140 Absatz 2 und 3 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag ist den Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern.

(3) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 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 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(5) Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 3 und 4 des Sechsten Buches eintritt.

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

(7) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Satz 1 gilt, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben. Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt.

§ 142

Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

(1) Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde.

(2) Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem 1.Januar 2017 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und 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 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 ist die Pflegekasse vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 verpflichtet, dem Antragsteller mindestens

drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn bei besonders dringlichem Entscheidungsbedarf gemäß Absatz 2 innerhalb von vier Wochen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

§ 143

Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversicherungsverträge

(1) Bei einer Pflegeversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird und bei der das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen ist, kann der Versicherer seine Allgemeinen Versicherungsbedingungen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse entsprechend den Vorgaben nach § 140 ändern, soweit der Versicherungsfall durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach den §§ 14 und 15 bestimmt wird.

(2) Der Versicherer ist zudem berechtigt, auch für bestehende Versicherungsverhältnisse die technischen Berechnungsgrundlagen insoweit zu ändern, als die Leistungen an die Pflegegrade nach § 140 Absatz 2 und die Prämien daran angepasst werden. § 12b Absatz 1 und 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes findet Anwendung.

(3) Dem Versicherungsnehmer sind die geänderten Versicherungsbedingungen nach Absatz 1 und die Neufestsetzung der Prämie nach Absatz 2 unter Kenntlichmachung der Unterschiede sowie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. Anpassungen nach den Absätzen 1 und 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(4) Gesetzlich oder vertraglich vorgesehene Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers bleiben hiervon unberührt.

Zweiter Abschnitt

Sonstige Überleitungs- und Übergangsregelungen

§ 144

Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

(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 Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.“

51. Die folgenden Anlagen 1 und 2 werden angefügt:

„Anlage 1
(zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

selbständig:	0 Punkte
überwiegend selbständig:	1 Punkt
überwiegend unselbständig:	2 Punkte
unselbständig:	3 Punkte

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Die Fähigkeit ist

vorhanden/unbeeinträchtigt: 0 Punkte

größtenteils vorhanden: 1 Punkt

in geringem Maße vorhanden: 2 Punkte

nicht vorhanden: 3 Punkte

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten	häufig	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten	häufig	täglich
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Mit diesem Modul wird die Häufigkeit des Auftretens von bestimmten Verhaltensweisen bzw. von psychischen Problemlagen erfasst und in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

nie oder sehr selten:	0 Punkte
selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen):	1 Punkt
häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich):	3 Punkte
täglich:	5 Punkte

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Das Modul umfasst zwölf Kriterien:

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.7, 4.11 und 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbständig:	0 Punkte
überwiegend selbständig:	1 Punkt
überwiegend unselbständig:	2 Punkte
unselbständig:	3 Punkte

Die Ausprägungen des Kriteriums 4.8 werden wegen seiner besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbständig:	0 Punkte
überwiegend selbständig:	1 Punkt
überwiegend unselbständig:	2 Punkte
unselbständig:	3 Punkte

Die Ausprägungen der Kriterien 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten stärker gewertet:

selbständig:	0 Punkte
überwiegend selbständig:	1 Punkt
überwiegend unselbständig:	2 Punkte
unselbständig:	3 Punkte

Die Punkte der Kriterien 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnungen nur ein, wenn überwiegend inkontinent oder komplett inkontinent angegeben ist oder eine künstliche Ableitung von Stuhl bzw. Harn erfolgt.

Besonderheiten bei Kindern

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien 4.1 bis 4.12 durch das Kriterium 4.K ersetzt:

4.K	**20 Punkte**

Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen	

Besonderheiten bei Sondenernährung

Bei Sondenernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der Sondennernährung an der Nahrungsaufnahme in den folgenden Kategorien:

nur gelegentlich bzw. nicht täglich Zufuhr von Sondennahrung:	0 Punkte
ein- bis dreimal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	5 Punkte
mindestens viermal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	9 Punkte
ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung:	12 Punkte

Sind bei der Sondenernährung keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.

Besonderheiten bei parenteraler Ernährung

Bei parenteraler Ernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der parenteralen Ernährung an der Nahrungsaufnahme:

Teilweise:	5 Punkte
Vollständig:	12 Punkte

Sind bei der parenteralen Ernährung keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			täglich	wöchentlich	monatlich
	in Bezug auf				
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			täglich	wöchentlich	monatlich
	in Bezug auf				
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.1 bis 5.7					
		entfällt oder seltener als einmal täglich	ein- bis dreimal täglich	vier- bis achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
	Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			täglich	wöchentlich	monatlich
	in Bezug auf				
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.8 bis 5.11					
		entfällt oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis bis mehrmals wöchentlich	ein-bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
	Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2
5.13	Arztbesuche	0		4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0		4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0		8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0		4,3	1

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Erläuterungen zur Modulbewertung im Modul 5

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.K wird zunächst die Häufigkeit ermittelt, mit der die betreffenden Maßnahmen durchgeführt werden (Maßnahmen/Kriterien pro Monat). Berücksichtigt werden nur die Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der Maßnahmen wird summiert (z. B: dreimal Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen pro Tag entspricht vier Maßnahmen pro Tag oder 120 Maßnahmen monatlich). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert (z. B. pro Tag, pro Woche, pro Monat). Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

für die Kriterien 5.1 bis 5.7:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen :

seltener als einmal täglich:	0 Punkte
ein- bis dreimal täglich:	1 Punkt
vier- bis achtmal täglich:	2 Punkte
mehr als achtmal täglich:	3 Punkte

für die Kriterien 5.8 bis 5.11:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen :

seltener als einmal pro Woche:	0 Punkte
einmal oder mehrmals wöchentlich:	1 Punkt
ein- bis zweimal täglich:	2 Punkte
mindestens dreimal täglich:	3 Punkte

für die Kriterien 5.12 bis 5.15 und 5.K:

Betrachtet wird hier ein Zeitraum von einem Monat. Eine Maßnahme innerhalb dieses Zeitraums wird mit einem Punkt gewertet. Findet eine Maßnahme regelmäßig wöchentlich statt, wird sie entsprechend mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um besonders zeitaufwändige Besuche bei Ärzten oder Einrichtungen oder um zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, werden sie doppelt gewertet (8,6 bzw. 2).

Die Werte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert.

Summe			Einzelpunkte
0	bis unter	4,3	0
4,3	bis unter	8,6	1
8,6	bis unter	12,9	2
12,9	bis unter	60	3
	60		6

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

selbständig:	0 Punkte
überwiegend selbständig:	1 Punkt
überwiegend unselbständig:	2 Punkte
unselbständig:	3 Punkte

„Anlage 2
(zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	**10 %**	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Punkte im Modul 1
		0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte im Modul 1**
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	**15%**	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Punkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Punkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4 Selbstversorgung	**40%**	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 60	Summe der Punkte im Modul 4
		0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte im Modul 4**
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	**20%**	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Punkte im Modul 5
		0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte im Modul 5**
6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	**15%**	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Punkte im Modul 6
		0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte im Modul 6**
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					“
8 Haushaltsführung							

Artikel 3

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch - Arbeitsförderung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 24. April 2015 (BGBl. I S. 642) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Der Inhaltsübersicht wird die folgende Angabe zu § 446 angefügt:

   „§ 446 Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“.

2. In § 8 Absatz 1 wird das Wort „Angehörige“ durch das Wort „Personen“ ersetzt.

3. In § 18 Absatz 2 Nummer 3 wird das Wort „Angehöriger“ durch das Wort „Personen“ ersetzt.

4. In § 20 Nummer 1 wird das Wort „Angehöriger“ durch das Wort „Personen“ ersetzt.

5. § 26 Absatz 2b wird wie folgt gefasst:

   „(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.“

6. § 28a wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 1 Nummer 1 wird aufgehoben.

      bb) In Satz 2 werden die Wörter „Nummern 1 bis“ durch die Wörter „Satz 1 Nummer 2 und“ ersetzt.

   b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 2 wird aufgehoben.

      bb) In dem neuen Satz 2 wird das Semikolon und werden die Wörter „im Falle einer vorangegangenen Pflegezeit nach § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes jedoch frühestens mit dem Ende dieser Pflegezeit“ gestrichen.

7. In § 81 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „eines Angehörigen der Pflegestufe I bis III“ durch die Wörter „einer pflegebedürftigen Person mit mindestens Pflegegrad 2“ ersetzt.

8. In § 345 Nummer 8 werden die Wörter „Pflegende während einer Pflegezeit“ durch das Wort „Pflegepersonen“ ersetzt und wird die Angabe „10“ durch die Angabe „50“ ersetzt.

9. § 345b Satz 1 Nummer 1 wird aufgehoben.

10. In § 347 Nummer 10 werden die Wörter „Pflegende während einer Pflegezeit“ durch das Wort „Pflegepersonen“ ersetzt.

11. § 349 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 4a Satz 1 werden die Wörter „Pflegende während einer Pflegezeit“ durch das Wort „Pflegepersonen“ ersetzt.

    b) In Absatz 5 Satz 2 wird das Wort „Pflegezeit“ durch die Wörter „Pflegetätigkeit geleistet“ ersetzt.

12. Folgender § 446 wird angefügt:

„§ 446

Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung
und zur Änderung weiterer Vorschriften

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 nach § 26 Absatz 2b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer der Pflegezeit fort. Für diese Zeit sind § 345 Nummer 8, § 347 Nummer 10, § 349 Absatz 4a Satz 1 und Absatz 5 Satz 2 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung anzuwenden.

(2) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung versicherungspflichtig waren, wird ab dem 1. Januar 2017 das Versicherungspflichtverhältnis nach § 26 Absatz 2b fortgesetzt. § 26 Absatz 3 Satz 5 und 6 bleibt unberührt.“

Artikel 4

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I. S. 583) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 22a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt und werden die Wörter „oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind“ gestrichen.

2. Dem § 33 Absatz 5a wird folgender Satz angefügt:

   „Bis zum 31. Dezember 2019 gelten die Sätze 1 und 2 im Fall des § 18 Absatz 6a des Elften Buches nicht.“

3. § 37 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 wird das Semikolon und werden die Wörter „der Anspruch 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“ gestrichen.

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

   c) Absatz 6 Satz 2 wird gestrichen.

4. In § 87 Absatz 2i Satz 1 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt und werden die Wörter „oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind“ gestrichen.

5. Dem § 252 Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

   „Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.“

Artikel 5

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 Artikel 12 des Gesetzes vom 13. Mai 2015 (BGBl. I S. 706) 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 eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat und die Pflegeperson bei Mehrfachpflege den Mindestpflegeaufwand oder den addierten Mindestpflegeaufwand nach § 44 Absatz 1 des Elften Buches erfüllt,“.

   b) In Satz 2 werden die Wörter „der §§ 37 und 123“ durch die Angabe „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 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches

         a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich 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 ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

      2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 des Elften Buches

         a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches

a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches

a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend des nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfangs der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.“

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

Artikel 6

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 Artikel 4 des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I S. 583) 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 mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne der §§ 14 und 15 Absatz 3 des Elften Buches; die versicherte Tätigkeit umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches genannten Bereichen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 18 Absatz 5a Satz 3 Nummer 2 des Elften Buches.“

Artikel 7

Änderung des Pflegezeitgesetzes

In § 7 Absatz 3 Nummer 2 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) geändert worden ist, werden die Wörter „Schwägerinnen und Schwäger“ durch die Wörter „Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner“ ersetzt.

Artikel 8

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2016 in Kraft.

(2) Die Artikel 2 und 3, Artikel 4 Nummer 1 bis 4 sowie Artikel 5 und 6 treten am 1. Januar 2017 in Kraft.

(3) Artikel 2 Nummer 30 tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 27 tritt am 30. Juni 2017 außer 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, die an Demenz erkrankt sind, 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 Qualitätsdarstellung 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 Selbständigkeit 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 Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten 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 Qualitätsberichterstattung 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 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI). 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 PNG 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 nicht verändert.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

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

1. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

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

2. Einführung des Neuen Begutachtungsassessments

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 SGB XI 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 SGB XI nachvollzogen.

– Ferner wird in den Vorschriften zur teilstationären und zur vollstationären Pflege (§§ 41, 43 SGB XI) 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 SGB XI), der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege (§§ 39, 42 SGB XI), den Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (§ 40 SGB XI) 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 PNG 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 SGB XI). 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,

– Finanzielle 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 SGB XI 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 SGB XI sowie für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a Absatz 1 und 2 SGB XI 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 beeinträchtigter 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 an-

gepasster Überschrift, dennoch erhalten, da die spezifischen Entlastungs- 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.

Darüber hinaus werden technische Anpassungen im Bereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgenommen. Mit den Anpassungen sind keine Leistungsverschiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden.

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 sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die rentenversicherungsrechtliche Absicherung der Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wird grundlegend neugestaltet. Die Neugestaltung ist zwingende Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, da der primäre Anknüpfungspunkt des Zeitaufwands der pflegenden Angehörigen für pflegerische Verrichtungen wegfällt. Die soziale Pflegeversicherung entrichtet derzeit für Pflegepersonen 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 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, erfolgt, ob der pflegebedürftigen Person mindestens der Pflegegrad 2 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 die Bemessung der Rentenbeiträge im höchsten Pflegegrad 5 künftig bis zu 100 Prozent der Bezugsgröße betragen kann. 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 Pflegebedürftigkeitsbegriff Auswirkungen auf die Einbeziehung der Pflegepersonen in die Unfallversicherung.

Der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen wird auf der Grundlage einer umfassenden Versicherungspflicht nach den oben genannten Maßstäben neu geregelt. Derzeit sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die ihre Beschäftigung wegen einer Pflegetätigkeit unterbrechen, nur unter den Voraussetzungen des Pflegezeitgesetzes, d.h. für längstens sechs Monate, in die Versicherungspflicht einbezogen. Für darüber hinausgehende Pflegezeiten oder bei Unterbrechung des Bezugs von Arbeitslosengeld durch die Pflege, steht Pflegepersonen derzeit die Möglichkeit offen, den Versicherungsschutz durch eigene Beiträge im Wege der Antragspflichtversicherung aufrecht zu erhalten. Mit der künftig umfassenden Versicherungspflicht wird der Versicherungsschutz für

den Fall der Arbeitslosigkeit im Anschluss an eine Pflegetätigkeit erheblich gestärkt. Zugleich sind die Betroffenen für diesen Fall in das Leistungssystem der Arbeitsförderung einbezogen.

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 und mit breiter Beteiligung der Fachkreise gemeinsam und einvernehmlich erarbeitet (§ 17 Absatz 1a SGB XI). Aufgrund des engen Sachzusammenhanges werden die bislang in § 92c SGB XI vorgesehenen Rahmenvorgaben zur Beratung in und durch Pflegestützpunkte nahezu unverändert mit denen nun in den §§ 7 ff. SGB XI stringenter gefassten Aufgaben und Verpflichtungen an die Auskunft (§ 7 SGB XI) und die Beratung (§§ 7a und 7b SGB XI) durch die Pflegekassen oder Pflegeberater und Pflegeberaterinnen durch die Einfügung eines neuen § 7c SGB XI 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 Rahmenverträge 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 SGB XI) und der Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 3 bis 8 SGB XI) wird dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine dreijährliche Berichtspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit auferlegt (§ 7a Absatz 9 SGB XI). Im Zusammenhang mit der Verbesserung der Beratung ist auch auf die Neuregelungen in § 37 SGB XI 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 SGB XI 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.

Davon unabhängig erhalten die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI die Aufgabe, unter Einbeziehung wissenschaftlichen Sachverstands bis zum 30. Juni 2020 ein fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu erarbeiten und zu erproben. Ziel ist, auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und NBA den fachlich-konzeptionellen Rahmen für ein neues Instrument zur Ermittlung des qualitativen und quantitativen Personalbedarfs zu entwickeln. Diese Regelung bezieht sich sowohl auf stationäre als auch auf ambulante Einrichtungen der Pflege.

– Weiterentwicklung der Regelungen zur Qualitätssicherung

  Die wesentlichen Neuregelungen im Bereich der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung zielen einerseits auf eine umfassende Änderung der Entscheidungsstrukturen ab. Kern der Regelungen 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 für eine strukturierte und ergebnisorientierte Handlungsweise in der Selbstverwaltung geschaffen. 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 SGB XI werden andererseits mit gesetzlich konkretisierter und mit Fristen versehenen Aufträgen 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 verbunden.

– Umsetzung von Maßnahmen der Allianz für Demenz

  Das Zweite Pflegestärkungsgesetz setzt mit der Verbesserung der Beratungsstrukturen, dem neuen Begutachtungsassessment, den Verbesserungen im Leistungs-recht 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.

Nur mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs können die vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2009 identifizierten Probleme, die vom Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2013 bekräftigt wurden, und die fachliche Kritik am bestehenden Begriff der Pflegebedürftigkeit gelöst werden. Ansonsten bliebe es 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 gesetzlichen Pflege-, Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ergibt sich aus Artikel 74

Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes (Recht der Wirtschaft; privatrechtliches Versicherungswesen) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 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 Preisvergleichslisten an die Pflegebedürftigen abgeben. Diese Listen sollen im Internet einsehbar sein. Beides verringert den Verwaltungsaufwand.

Infolge der Richtlinie nach § 17 Absatz 1a SGB XI, mit der einheitliche Maßstäbe und Grundsätze für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI 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 SGB XI 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 SGB XI ist nicht mehr notwendig. Ebenso werden die sog. Härtefall-Regelung (§ 43 Absatz 3 SGB XI) 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 (MDK)zu den vorliegenden Schädigungen und Fähigkeitsstörungen im Sinne des bisherigen § 45a SGB XI – entfällt, wird nunmehr allen Anspruchsberechtigten ein einheitlicher Entlastungsbetrag gewährt.

In den Bemessungsgrundsätzen nach § 84 SGB XI 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 SGB XI) mit der entsprechenden Regelung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 305 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) 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 SGB XI ist ausdrücklich an die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geknüpft worden. Somit sind diese Regelungen aufzuheben.

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.

Zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit des Systems wird gewährleistet, dass die zeitliche Reichweite des in 2017 geltenden Beitragssatzes von 2,55 Prozent noch etwas weiter gilt, als dies ohne Reformen – also ohne Leistungsausweitungen und Beitragssatzanhebungen um 0,5 Prozentpunkte (Erstes Pflegestärkungsgesetz und Zweites Pflegestärkungsgesetz) – für den 2014 gültigen Beitragssatz von 2,05 Prozent der Fall gewesen wäre. Sie reicht bis ins Jahr 2022 hinein statt bis Ende 2020.

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, 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. Demografie-Check

Die demographischen Folgen und Risiken wurden anhand des vom Bundesministerium des Innern veröffentlichten Demographie-Checks gesondert geprüft.

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 4 Millionen ansteigen. Dies würde unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen zu steigenden Beitragssätzen führen.

Daher wurden schon im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes durch die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds die aufgrund der demografischen Entwicklung im Zeitverlauf deutlich steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen verteilt, um künftige Generationen von steigenden Pflegeversicherungsbeiträgen teilweise zu entlasten.

Direkte und unmittelbare Auswirkungen auf die demographische Entwicklung in Deutschland, etwa auf die künftige Geburtenentwicklung, Zuwanderung oder die regionale Verteilung der Bevölkerung und das Generationenverhältnis, sind durch das Gesetzesvorhaben nicht gegeben. Seit ihrer Einführung tragen die Leistungen der Pflegeversicherung in ihrer Gesamtheit jedoch in hohem Maße dem Alterungsprozess der Bevölkerung, den zunehmenden Single-Haushalten sowie der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf Rechnung; dieser Ansatz wird mit dem aktuellen Gesetzesvorhaben weiterverfolgt.

Hinzu kommt auch, dass neben der Gesamtzahl Pflegebedürftiger auch die Zahl der an Demenz erkrankten Personen weiter ansteigt. 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. Im Rahmen der Allianz für Menschen mit Demenz 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.

4. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

4.1 Bund

Im Bereich der Beihilfe ergeben sich für den Bundeshaushalt aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen Mehraufwendungen von rund 39 Millionen Euro für das Jahr 2017 und für die Folgejahre rund 25 Millionen Euro jährlich. Dazu kommen 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 Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) entstehen dem Bund infolge der vollständigen Erstattung der Nettoausgaben durch die Beitragssatzanhebung Mehrausgaben von etwa 13 Millionen Euro jährlich.

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 jährlich.

Für den Haushalt des Bundes ergeben sich durch die Einbeziehung von Pflegepersonen in den Arbeitslosenversicherungsschutz Einsparungen bei den Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende in Höhe von rund 5 Millionen Euro.

Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen, ausgenommen sind die durch die Beitragssatzerhöhung anfallenden Mehrausgaben für die Beiträge zur Pflegeversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Die Anhebung des Beitragssatzes führt infolge des höheren Sonderausgabenabzugs zu Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer (einschließlich Solidaritätszuschlag) von 136 Millionen Euro jährlich.

4.2 Länder und Gemeinden

Bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen ergeben sich für die öffentlichen Haushalte der Länder und Gemeinden im Bereich der Beihilfe für das Jahr 2017 Mehrausgaben von rund 71 Millionen Euro. Dazu kommen 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 führt infolge des höheren Sonderausgabenabzugs zu jährlichen Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer (einschließlich Solidaritätszuschlag) von 121 Millionen Euro bei den Ländern und 43 Millionen Euro bei den Gemeinden.

Durch die Anhebung der ambulanten Leistungsbeträge ergeben sich für die Träger der Sozialhilfe Entlastungen von rund 80 Millionen Euro jährlich gegenüber dem geltenden Recht, da etwa fünf Prozent der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich auch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen sind. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass durch die Einführung des einheitlichen Eigenanteils im stationären Bereich Pflegebedürftige der bisherigen Pflegestufen II und III deutlich stärker entlastet werden als Pflegebedürftige der bisherigen Pflegestufe I belastet werden. Im Saldo ergeben sich daraus Minderausgaben der Sozialhilfeträger von rund 150 Millionen Euro jährlich. Aufgrund des Bestandsschutzes für Pflegebedürftige der bisherigen Pflegestufe I ist dieser Effekt im Jahr 2017 mit 250 Millionen Euro noch höher. Dabei wird vom derzeitigen Anteil von rund einem Drittel der Sozialhilfeempfänger an allen Pflegebedürftigen im stationären Bereich ausgegangen. Unter der Annahme, dass nahezu alle Pflegebedürftigen nach § 43a SGB XI Eingliederungshilfe beziehen, werden die Träger der Sozialhilfe durch Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises mit knapp 200 Millionen Euro jährlich entlastet. Für die Träger des sozialen Entschädigungsrechts ergeben sich im Rahmen der Leistungen der Kriegsopferfürsorge durch die Anhebung der Leistungsbeträge geringe, nicht bezifferbare Minderausgaben für den Bund und die Länder gegenüber dem geltenden Recht. Für Leistungsempfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII entstehen Mehrausgaben aus der Beitragssatzanhebung in Höhe von etwa 2 Millionen Euro jährlich. Für Leistungsempfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes entstehen dem Bund und den Ländern durch die Beitragssatzanhebung geringe, nicht bezifferbare Mehrausgaben. Durch die Einbeziehung von Pflegepersonen in den Arbeitslosenversicherungsschutz ergeben sich in Folge der daraus resultierenden Ansprüche auf Arbeitslosengeld für die Länder und Gemeinden Minderausgaben in der Grundsicherung für Arbeitsuchende für Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Höhe von rund 2 Millionen Euro jährlich.

Für die Träger des sozialen Entschädigungsrechts entstehen durch die Beitragssatzerhöhung jährliche Mehrausgaben für Beiträge aus Versorgungskranken- und Übergangsgeld sowie für Beitragserstattungen an Berechtigte, die freiwillig in der gesetzlichen Pflegekasse oder in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind. Die Mehrausgaben lassen sich aufgrund fehlender statistischer Daten nicht quantifizieren. Es wird davon ausgegangen, dass die auf den Bund und die Länder entfallenden Mehrausgaben geringfügig sind.

4.3 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 jährlich. Bis zum Jahr 2020 steigen die Mehreinnahmen voraussichtlich auf rund 2,7 Milliarden Euro jährlich. Langfristig steigt der Betrag entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

2. Die im folgenden beschriebenen Finanzwirkungen basieren im Wesentlichen auf dem gegenüber dem bisherigen Pflegestufensystem einschließlich der Feststellung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz 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 des NBA mit neuen Modulen, Gewichtungen der Module, Schwellenwerten und der Festlegung von Gesamtpunktwerten.

Die Festlegung der ambulanten Geld- und Sachleistungsbeträge 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 in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen etwa 60 000 Personen mehr als bisher als pflegebedürftig (Pflegegrad 2 bis 5) anerkannt. Hierdurch ergeben sich jährliche Mehrausgaben von rund 200 Millionen Euro.

Die Änderung der Berechnungsgrundlage für die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 407 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 jährliche Mehrausgaben von rund 130 Millionen Euro.

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

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

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

Die Dynamisierung der Leistungsbeträge für Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI und häusliche Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 5 Millionen Euro.

Durch die Einbeziehung von Pflegepersonen in den Arbeitslosenversicherungsschutz ergeben sich Mehrausgaben in Höhe von rund 17 Millionen Euro jährlich.

Die Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses sowie der durchzuführenden wissenschaftlichen Aufträge betragen rund 750 000 Euro jährlich über einen Zeitraum von fünf Jahren.

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 in dem Jahr 2018 in Kraft tretenden Absenkung des Verwaltungskostenfaktors nach § 46 Absatz 3 SGB XI reduzieren sich diese Mehrausgaben um rund 90 Millionen Euro auf dann 55 Millionen Euro jährlich. 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 jährlich.

Die für das Jahr 2018 vorgesehene Leistungsdynamisierung wird über die Festlegung der Leistungsbeträge in die Reform integriert. Dies führt zu Mehrausgaben im Jahre 2017 in Höhe von rund 1,3 Milliarden Euro, die in den angegebenen Mehrausgaben bei den einzelnen Leistungsbereichen enthalten sind. Gegenüber einer Fortgeltung des derzeitigen

Rechts ergeben sich ab 2018 Minderausgaben von rund 1,4 Milliarden Euro jährlich. Dabei sind die mittelfristigen Annahmen zur Preisentwicklung aus den Eckwerten der Frühjahrsprojektion der Bundesregierung zu Grunde gelegt worden.

Zusätzlich ergeben sich weitere Mehrausgaben in Höhe von rund 145 Millionen Euro jährlich aufgrund von Wechselwirkungen bei den übrigen Leistungen (z. B. bei Kurzzeitpflege, Pflegeberatung und Pflegeunterstützungsgeld).

Durch die Änderungen im Leistungsrecht und unter Berücksichtigung der Leistungsdynamisierung ergeben sich insgesamt folgende dauerhafte Gesamtwirkungen für die soziale Pflegeversicherung:

	Mehrausgaben in Milliarden Euro			
	2017	2018	2019	2020
alle Veränderungen im Leistungsrecht zusammen	3,74	2,51	2,44	2,45

*Erläuterung: Die leicht schwankenden Mehrausgaben 2018 bis 2020 ergeben sich daraus, dass die demografische Entwicklung im alten und neuen Recht nicht ganz gleichmäßig auf die verschiedenen Leistungsausgaben wirkt.

Darüber hinaus entstehen durch die Überleitung der Pflegebedürftigen von den Pflegestufen auf die Pflegegrade zusätzlich Überleitungskosten von insgesamt etwa 3,6 Milliarden Euro im Zeitraum von vier Jahren. Hinzu kommen zusätzlich Bestandsschutzkosten im vollstationären Bereich von knapp 0,8 Milliarden Euro im selben Zeitraum.

Die Gesamtfinanzierung der Maßnahmen wird aus der vorgesehenen Beitragssatzanhebung und dem Mittelbestand der Pflegeversicherung sichergestellt, ohne dass die notwendige Mindestreserve dafür verwendet werden muss.

Damit kann der um 0,2 Prozentpunkte angehobene Beitragssatz von 2,55 Prozent ab dem 1. Januar 2017 bis in das Jahr 2022 hinein stabil gehalten werden.

4.4 Krankenversicherung

Für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 8 Millionen Euro für Beiträge aus Krankengeld.

4.5 Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung kommt es aufgrund der Änderung der Berechnungsgrundlage für die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen zu Mehreinnahmen im Umfang von 407 Millionen Euro. Dem stehen langfristig entsprechend höhere Rentenausgaben gegenüber.

Für die gesetzliche Rentenversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 2 Millionen Euro für Beiträge aus Übergangsgeld.

4.6 Arbeitslosenversicherung

Die Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte führt zu Mehrausgaben der Bundesagentur für Arbeit von rund 40 Millionen Euro jährlich ab dem Jahr 2017.

Als Arbeitgeber entstehen der Bundesagentur für Arbeit Mehrkosten bei den Personalausgaben (Personal nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch) in Höhe von rund 5 Millionen Euro jährlich. Für den Haushalt der Bundesagentur für Arbeit ergeben sich durch die Einbeziehung von Pflegepersonen in den Arbeitslosenversicherungsschutz mittelfristig Mehrausgaben in Höhe von bis zu 33 Millionen Euro jährlich.

4.7 Unfallversicherung

Für die gesetzliche Unfallversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 1,5 Millionen Euro für Beiträge zur Pflegeversicherung aus Übergangs- und Verletztengeld. Durch die Einbeziehung der Pflegepersonen von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Versicherungsschutz der Unfallversicherung steigen die Ausgaben bei Unterstellung eines gleichbleibenden Unfallgeschehens auf Basis der bisherigen Ausgaben im Rahmen der Überleitungsvorschriften um rund 0,1 Millionen Euro in der Übergangszeit von einigen Jahren. Im Übrigen können die finanziellen Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der versicherten Tätigkeiten nicht quantifiziert werden.

5. 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 des Antragsverfahrens im Verhältnis 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 Stunden und für die Verwaltung (Pflegekasse) rund 180 000 Stunden.

§ 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 774 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 1,12 Millionen Euro, davon rund 390 000 Euro Bürokratiekosten aus drei Informationspflichten. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 1,5 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 8 000 Euro, zudem entsteht eine einmalige Entlastung über zwei Jahre in Höhe von rund 3 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 384 000 Euro. Die Bundesregierung wird die Erfüllung der als 'one in, one out'-Regel beschlossenen Maßgaben außerhalb dieses Gesetzesvorhabens realisieren.

Hinsichtlich des einmaligen Erfüllungsaufwandes kommt es im Saldo zu einer Entlastung von rund 728 000 Euro.

Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 2 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 13,4 Millionen Euro. Dem Bundesversicherungsamt entstehen im Bereich *Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung* zusätzliche Vollzugsaufwendungen im Umfang von zwei Stellen verbunden mit einem Personalmittelmehrbedarf von rund 166 000 Euro. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 2,4 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 782 000 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 14,3 Millionen Euro.

Hinsichtlich des einmaligen Erfüllungsaufwandes kommt es im Saldo zu einer Entlastung von rund 13,2 Millionen Euro.

Der auf den Bundeshaushalt entfallende Erfüllungsaufwand wird mit den vorhandenen Personal- und Sachmitteln innerhalb der jeweiligen Einzelpläne abgedeckt.

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 3)	Leistungs- und Preisvergleichsliste - Erweiterung der Angaben - Internet-Angebote	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 3) Fortschreibung	- " - Fortschreibung				geringfügig			
2	§ 7 Absatz 4 SGB XI (Artikel 1 Nummer 3)	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 3)	- " - 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 3)	- " - 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 3)	- " - Fortschreibung	2	Programmierung	39,00	80			
3	§ 7a Absatz 9 SGB XI (Artikel 1 Nummer 4) in 2020	Bericht über die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen; Bericht über die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 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 4) 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 7)	Finanzierung der Aufträge nach § 113b Absatz 4, § 113c und Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 - 10 Prozent Anteil der PKV-Unternehmen an den Aufgaben nach § 113c siehe auch unter B. zu Nummer 8				geringfügig		43 000 p.a.	

5	§ 18 Absatz 3 Satz 8 SGB XI (Artikel 2 Nummer 10)	Übermittlung des Gutachtens an jeden Versicherten	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	1 610 000		246 500 (IP)	
6	§ 28a SGB XI i.V.m. §§ 38a, 40, 43 Absatz 3 und 45b SGB XI (Artikel 2 Nummern 14, 20, 24, 29)	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, 41 Absatz 2 Satz 3, 43 Absatz 2 und 3, 45b Absatz 1 Satz 1 SGB XI (Artikel 2 Nummern 17, 18, 22, 24, 29)	Änderung der Leistungsbeträge wegen Neueinführung von Pflegegraden sowie Dynamisierung (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	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 18, 19)	Weiterzahlung hälftiges Pflegegeld bei Kurzzeitpflege bis zu 8 Wochen und Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294 800		117 600
9	§ 38a Absatz 1 Satz 2 SGB XI (Artikel 2 Nummer 20)	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 2 Nummer 27)	Änderung der Anspruchsvoraussetzungen/Beitragshöhen für die Zahlung von RV-Beiträgen für Pflegepersonen (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294 800		117 600
11	§ 44 Absatz 1 und 2a Satz 1 SGB XI (Artikel 2 Nummer 27)	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 2 Nummer 27)	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 2 Nummer 27)	Temporäre Erweiterung des Personenkreises der Versicherungspflichtigen bei den Unfallversicherungsträgern durch die Überleitung				geringfügig			
14	§ 44 Absatz 5 Satz 2 SGB XI (Artikel 2 Nummer 27)	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	§ 44 Absatz 2b SGB XI (Artikel 2 Nummer 27)	Einführung einer Versicherungspflicht für Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294 800		117 600
16	§ 44 Absatz 2b SGB XI (Artikel 2 Nummer 27)	Zahlung von Beiträgen für Pflegepersonen zur Arbeitslosenversicherung	18 Minuten 18 Minuten	45 100 2 900	39,00 40,00	528 000		34 800	
17	§ 44 Absatz 2b SGB XI (Artikel 2 Nummer 27)	Einführung von Beitragszahlern bei den Arbeitslosenversicherungsträgern	5 Minuten	48 000	39,00	156 000			
18	§ 45b Absatz 1 Satz 1 SGB XI (Artikel 2 Nummer 29)	Änderung des bisherigen Grundbetrages und erhöhten Betrages in einheitlichen Entlastungsbetrag (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294 800		117 600
19	§ 55 Absatz 1 SGB XI (Artikel 2 Nummer 32)	Beitragssatzerhöhung (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	126 Pflegekassen	39,00		294 800		
20	§ 65 Absatz 4 SGB XI (Artikel 2 Nummer 33)	Vollzugsaufwendungen beim Bundesversicherungsamt	2 Personalstellen (A14, A12)			166 000			
21	§ 84 Absatz 8 SGB XI (Artikel 2 Nummer 36)	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
22	§ 108 Satz 1 SGB XI (Artikel 1 Nummer 31)	Auskünfte an Versicherte		Pflegekassen		geringfügig			

23	§ 109 SGB XI (Artikel 2 Nummer 43)	Streichung des Merkmals „Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“				Die Verringerung des Erfüllungsaufwands kann erst im Rahmen der Verordnung genauer bestimmt werden.			
24	§ 114 Absatz 5 Satz 4 bis 7 SGB XI (Artikel 1 Nummer 36)	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	

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 15)	Fachliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Begleitgremium)	16 Stunden pro Sitzung (2 Personen an 12 Sitzungen je 8 Arbeitsstunden) 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 15)	Wissenschaftliche Evaluation mit Abschlussbericht		Wissenschaftler (Werkvertrag)			300 000		
3	§ 92c SGB XI (Artikel 1 Nummer 27)	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
4	§ 92d SGB XI (Artikel 1 Nummer 27)	Auffangregelung	5 Minuten	3 250 Verfahren	39,00 34,10		10 600		9 200
5	§ 113 Absatz 1b SGB XI (Artikel 1 Nummer 32)	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		

6	§ 113b Absatz 6 SGB XI (Artikel 1 Nummer 34)	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		
7	§ 113b Absatz 7 SGB XI (Artikel 1 Nummer 34)	Vereinbarung einer Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses	80 Stunden		39,00 34,10		3 100		2 700
8	§ 113c SGB XI (Artikel 1 Nummer 35)	Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen		Wissenschaftler (Werkvertrag) 2017 bis 30.06.2020		386 000 p.a.			
9	§ 115 Absatz 1b SGB XI (Artikel 1 Nummer 38)	Weiterleitung der Angaben der Pflegeeinrichtungen durch die Landesverbände der Pflegekassen an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V.	15 Minuten	12	39,00	geringfügig			
10	§ 141 Absatz 2 (Artikel 2 Nummer 50)	Besitzstandsschutz für erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI a.F. (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294 800		117 600

11	§ 141 Absatz 3 (Artikel 2 Nummer 50)	Zuschuss zum Eigenanteil in Bestandsfällen bei vollstationärer Pflege, wenn der Eigenanteil nach neuem Recht steigt (Umstellungsaufwand)	40 (technische Umstellung), 10 (organisatorische Umstellung), 10 (Information der Versicherten)	126 Pflegekassen 49 Versicherungsunternehmen	39,00 40,00		294 800		 117 600
12	§ 142 Absatz 1 (Artikel 2 Nummer 50)	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		- 8 740 000		 -1 500 000
13	§ 142 Absatz 2 (Artikel 2 Nummer 50)	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 36)	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 36)	Wegfall der Kostenübernahme für Wiederholungsprüfungen durch Pflegeeinrichtungen	2 692 Euro	279				- 751 000	

6. 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 im Jahr 2017 rund 110 Millionen Euro und in den Folgejahren rund 70 Millionen Euro jährlich. Hinzu kommen 130 Millionen Euro Überleitungs- und Bestandsschutzkosten über einen Zeitraum von vier Jahren.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aufgrund der Anhebung des Beitragssatzes beträgt im Jahr 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.

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

7. 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 niemand schlechter gestellt wird.

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 Frauen. Auch in der Pflege Zuhause durch Angehörige stellen Frauen den Großteil der Pflegenden 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 (Änderung des SGB XI)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

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 Rechtsbereinigungen. Die aufgehobenen Regelungen betreffen einen Zeitraum, der ausschließlich in der Vergangenheit liegt.

Zu Nummer 3 (§ 7)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a. Aufgabe der Pflegekassen nach dem hier geänderten § 7 sind jetzt Aufklärung und Auskunft. 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

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a – siehe Buchstabe a. Zugleich wird mit der Änderung klargestellt, dass es sich bei der Auskunft im Sinne dieser Vorschrift um eine Konkretisierung der Auskunft nach § 15 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung handelt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a – siehe Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a – siehe Buchstabe a. Die Unterrichtung und Information soll in einfacher Sprache erfolgen, sodass diese auch für Versicherte und ihre Angehörigen verständlich ist, deren Muttersprache nicht Deutsch ist. Dies gilt insbesondere auch für die schriftlichen Informationen der Pflegekassen.

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. Die Pflegekasse kann den Antrag-

stellenden 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 (siehe auch § 92b Absatz 3 SGB XI in Verbindung mit § 140a Absatz 3 SGB V).

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 SGB XI 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. Es wird auch geregelt, dass die zuständige Pflegekasse die Aushändigung einer Leistungs- und Preisvergleichsliste an Antragsteller auf die Fälle beschränkt, in denen die pflegebedürftige Person einen entsprechenden Ausdruck anfordert. Auf Nachfrage können diese Informationen auch in anderer geeigneter Form zugänglich gemacht 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 niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote nach § 45c 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 die Vertragsparteien insbesondere Vereinbarungen über die technischen Standards treffen 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 für die Übermittlung der Angaben 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. Durch Empfehlungen für bundeseinheitliche, technische Standards soll erreicht werden, dass die Angaben in der Leistungs- und Preisvergleichsliste auch über regionale Grenzen hinaus vergleichbar sind. Dies verbessert Transparenz und Wettbewerb zum Nutzen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

Zu Nummer 4 (§ 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 Leistungsangebote nach ihren Bedarfen und Wünschen zusammenstellen zu können.

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe aa

Ratsuchenden Leistungsbeziehern sollen die Pflegekassen vor Ort schnell, unbürokratisch und unverzüglich feste Ansprechpartner für eine individuelle Beratung benennen. 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 den neuen Richtlinien nach § 17 Absatz 1a festgelegten Verfahrens-, Durchführungs- und inhaltlichen Maßstäbe und Grundsätze leisten. Vorzugsweise haben sie auch für spätere Rückfragen, z. B. auch telefonischer Art, oder für Folgeberatungen bei späteren Antragsstellungen auf Leistungen 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. Auch bei Abwesenheit des Pflegeberaters bzw. der benannten Pflegeberaterin ist durch die Pflegekasse eine Vertretung zu gewährleisten, damit die zwei Wochen Frist für die Einräumung eines Beratungstermins nach Antragstellung auf Leistungen eingehalten wird, oder es ist eine sonstige Beratungsstelle zu benennen. 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 bundeseinheitlichen Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung von Qualität nur die Wirtschaftlichkeit der vorgesehenen gesetzlichen Beratungsmöglichkeiten der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen.

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 Maßstäben und Grundsätzen des Verfahrens, der Durchführung und der Inhalte wird in Richtlinien 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, sofern die Pflegebedürftigen diese aushändigen. Ziel ist vor allem, neben der Vereinheitlichung auf Bundesebene die Dienstleistungs- und Verbraucherorientierung sowie die Qualität, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der im SGB XI verankerten Beratungstätigkeiten zu verbessern und Doppelstrukturen damit abzubauen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater werden verpflichtet, für die von ihnen betreuten, ratsuchenden Leistungsbezieher regelmäßig auch die Ergebnisse von Pflegeberatungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 in der eigenen Häuslichkeit darauf durchzusehen, ob sich hieraus Anhaltspunkte für einen weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarf zur Stabilisierung der häuslichen Situation ergibt. Allerdings sollen die Ergebnisse dieser Pflegeberatungsbesuche nur dann einbezogen werden können, wenn der Pflegebedürftige oder – bei fehlender Einwilligungsfähigkeit – seine gesetzliche Vertretung dem zugestimmt hat.

Zu Doppelbuchstabe dd

Wirksamkeit und Nutzen der Versorgungspläne werden verbessert. Über die Voraussetzungen und Inhalte eines Versorgungsplan einschließlich seiner Überwachung und Anpassung an veränderte Bedarfslagen soll entsprechend des individuellen Bedarfs der Anspruchsberechtigten auf Grundlage der neu einzuführenden Richtlinien nach § 17 Absatz 1a im Einzelfall bedarfsgerecht entschieden werden. Dabei ist insbesondere auch der individuelle Bedarf von Personengruppen mit einem spezifischen Unterstützungsbedarf zu berücksichtigen, wie z. B. der Unterstützungsbedarf im Falle der Pflege durch berufstätige Angehörige, für Personen mit demenziellen oder anderen spezifischen Bedarfen, für pflegebedürftiger Kinder und für pflegebedürftige Personen mit Migrationshintergrund.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung, da die gestrichene Regelung einen Zeitraum betrifft, der ausschließlich in der Vergangenheit liegt.

Zu Doppelbuchstabe ff

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen des § 92c in den neuen § 7c.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Neu eingeführt wird ein Anspruch darauf, dass auch gegenüber den pflegenden Angehörigen und weiteren Personen, sofern der Anspruchsberechtigte nach Absatz 1 dies wünscht, und nicht nur – wie bisher – in deren Beisein die Pflegeberatung im Sinne von Absatz 1 erfolgen kann. 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 Regelungen im neuen Satz 2 stellen bereits geltendes Recht dar.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass Versicherte Leistungsanträge gegenüber den Pflege- bzw. Krankenkassen auch bei der für sie zuständigen Pflegeberaterin oder dem zuständigen Pflegeberater stellen können, die sie dann an die jeweils zuständige Bewilligungsstelle übermitteln. Dies ist eine versichertenfreundliche Verbesserung der Dienstleistungs- und Serviceorientierung der Pflegeberatung und trägt einem Wunsch vieler Betroffener nach personeller Kontinuität der Betreuung durch die Pflegekassen Rechnung.

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. Neu ist auch, dass die Empfehlungen nicht nur zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater abgegeben werden, sondern auch zu ihrer Fortbildung.

Zu Buchstabe d

Die Regelungen werden Fristablauf zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

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 Zugangs zu Informationen für die Personen, die Pflegeberatung durchführen, und anderseits der Information pflegebedürftiger Personen und ihrer pflegenden Angehörigen über die örtlich und regional bestehenden Hilfe-, Betreuungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote. Die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind, erhalten ein Anhörungsrecht. Dies sind insbesondere die Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Verbraucherverbände und Verbände von Selbsthilfegruppen.

Zu Buchstabe f

Die Änderung in Absatz 8 ist redaktioneller Natur; sie überführt die bisherige Regelung des § 7 Absatz 4 in § 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 drei Jahre einen Bericht über die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Beratung nach § 7a Absatz 1 bis 4, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c, sowie 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 4, 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, zur Anzahl der Pflegestützpunkte und deren Trägerschaft einschließlich deren Beratungstätigkeiten und Beratungsschwerpunkten, Zahlen zur Inanspruchnahme durch Pflegebedürftige und Angehörige, zur 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. Gegenstand des Berichts sollen auch Fragen der Pflegeberatung für die Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund sein. 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 werden. 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 5 (§ 7b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Die Frist der Pflegekassen, die für die Möglichkeit der pflegebedürftigen Person oder ihrer Angehörigen innerhalb von 14 Tagen beraten werden zu können, ist einzuhalten – sei es durch die Benennung eines konkreten Beratungstermins und einer Kontaktperson oder durch für die Aushändigung eines zu Lasten der Pflegekasse einzulösenden Beratungsgutscheines, sie entspricht dem geltendem Recht. Es wird zusätzlich gesetzlich geregelt, dass die 14-Tage-Frist künftig nicht nur bei Erstanträgen wie bisher, sondern auch bei späteren Anträgen auf Leistungen, etwa wenn, aufgrund einer Krisensituation, die Pflege kurzfristig durch berufstätige Angehörigen sicherzustellen ist (vgl. § 44a), oder z. B. bei Anträgen, die auf ein Neueinstufungsverfahren abstellen oder den Wechsel von Geld- zu Sachleistungen, die Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen, sogenannter gepoolter 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 Pflegearrangements 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 ergeben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a.

Zu Nummer 6 (§ 7c)

Die bisher in § 92c Absatz 1 bis 4 sowie 7 bis 9 enthaltenen 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 geregelten Allgemeinen Vorschriften und Anforderungen an den Auftrag der Pflegekassen zur Aufklärung, Auskunft und Beratung nach den §§ 7 ff. verschoben.

Die Regelungen des § 92c Absatz 5 und 6 zur Anschubfinanzierung von Pflegestützpunkten mit befristeter Geltung sind zeitlich ausgelaufen und werden daher nicht in den neuen § 7c übernommen. Die Regelungen des § 92c Absatz 5 und 6 waren als Anreiz für einen zügigen Aufbau der Pflegestützpunkte ab 1. Juli 2008 konzipiert und sahen 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.

Zu Nummer 7 (§ 8)

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 Qualitätsdarstellung 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. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, werden verpflichtet, sich mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen für die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 zu beteiligen. Die Finanzierungsverpflichtung besteht für den Zeitraum, in dem der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. als Mitglied im Qualitätsausschuss nach § 113b vertreten ist.

Auch die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben nach § 113c trägt zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung bei und wird daher aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 finanziert. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, werden verpflichtet, sich mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen zu beteiligen.

Zu Nummer 8 (§ 8a)

Die bisher in § 92 enthaltenen Regelungen zu den Landespflegeausschüssen werden aus systematischen Gründen unverändert in einen neuen § 8a verschoben. § 92 wird als redaktionelle Folgeänderung aufgehoben (vgl. Nummer 25).

Zu Nummer 9 (§ 12)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelung des bisherigen § 92c Absatz 1 bis 4 sowie 7 bis 9 in den neuen § 7c.

Zu Nummer 10 (§ 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 (z. B. 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 11 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Es wird durch Absatz 1a eine neue Richtlinienkompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) eingeführt, mit der einheitliche Maßstäbe und Grundsätze insbesondere für das Verfahren, für eine qualitätsgesicherte Durchführung und für die wesentlichen Inhalte der Pflegeberatung nach § 7a vorgegeben werden (Pflegeberatungs-Richtlinien). Hierdurch soll unter anderem auch erreicht werden, dass der Zugang zu Leistungen der Sozialversicherung (vgl. §§ 12 bis 17 SGB I sowie §§ 8, 9, 12, 69 und 70) verbessert, das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen gemäß § 2 gestärkt und 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, wofür eine vorrangige Nutzung bereits verfügbarer und geeigneter Programme angestrebt werden soll. Eine solche Software 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 kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Künftig werden auch die Länder beteiligt, ihr Votum hat keine Bindungswirkung, d.h., es ist keine Mischverwaltung beabsichtigt. 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 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

In den Richtlinien sollen insbesondere Maßstäbe und Grundsätze geregelt werden zu

– der Feststellung des individuellen Unterstützungsbedarfs z. B. bei der Alltagsbewältigung, den sozialen Beziehungen, der Wohn- und familiären Situation,

– der Ermittlung der im individuellen Fall möglichen Hilfe-, Betreuungs-, Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, 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 3 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 Rahmenverträge nach § 7a Absatz 7.

Ein Beteiligungsrecht an der Erstellung der Richtlinien wird denjenigen Stellen und Akteuren eingeräumt, die regelhaft für weitere Beratungsstellen verantwortlich sind.

Zu Buchstabe b

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 Nummer 12 (§ 17a)

Mit der Änderung wird sichergestellt, dass die Genehmigung der Richtlinien zur Begutachtung durch das Bundesministerium für Gesundheit schon vor Inkrafttreten insbesondere des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit nach § 14 in der Fassung ab dem 1. Januar 2017, des neuen Begutachtungsinstruments nach § 15 in der Fassung ab dem 1. Januar 2017 und des neuen Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 in der Fassung ab dem 1. Januar 2017 erfolgen kann. Dies ist wichtig, damit die bis zum 25. März 2016 (innerhalb von acht Monaten nach dem Inkrafttreten des § 17a am 25. Juli 2015) dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegenden Richtlinien so rechtzeitig genehmigt werden können, dass die Vorbereitung der Umstellung durch Pflegekassen, Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK), Leistungserbringer und andere Beteiligte einschließlich der Umstellung der hierfür erforderlichen Software termingerecht erfolgen kann. Die Genehmigung und damit die neuen Richtlinien zur Begutachtung werden aber erst zum 1. Januar 2017 wirksam.

Zu Nummer 13 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat im September 2014 erstmalig über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation nach § 18a Absatz 2 SGB XI berichtet. Nach diesem Bericht sind bei knapp 1,3 Millionen, Begutachtungen nur rund 5 300 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 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 hat das Ziel gesetzt, den im Projekt entwickelten einheitlichen Begutachtungs-Standard ab dem Jahr 2015 auch bundesweit umzusetzen. Von wesentlicher Bedeutung ist hierbei ein strukturiertes Vorgehen in Handlungsbereichen wie Schulung der Gutachter mit entsprechenden Schulungsunterlagen, Vorinformationen, Durchführung und Nachbereitung des Hausbesuchs sowie Grundlagen der ärztlichen Entscheidung und Datenübermittlung. Der hier eingefügte Zusatz, dass die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen sind, verpflichtet den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die MDK nunmehr auch auf dieser Grundlage zu verfahren und damit das gesetzte Ziel zu erreichen.

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

Zu Buchstabe b

Die Regelung dient der Vereinfachung im Antragsverfahren zwischen Versicherten und der Kranken- und Pflegekasse und unterstützt die Entbürokratisierung der Verfahren zwischen Kranken- und Pflegekassen und dem MDK. Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung sind bereits jetzt im Gutachten des MDK oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter enthalten. Bislang musste der Versicherte einen der Empfehlung entsprechenden Antrag auf Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse stellen und, soweit rechtlich erforderlich, eine Verordnung eines Arztes beibringen. Dies stellt in der schwierigen Situation der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit für die Versicherten und ihre Familien eine erhebliche Belastung dar.

Für bestimmte Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, sollen die im Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochene Empfehlungen des MDK zum Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelbedarf daher zukünftig als Antrag des Versicherten auf Leistungen gelten, wenn der Versicherte, sein Betreuer oder sein Bevollmächtigter zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich dokumentiert. Der Antrag gilt mit Eingang der Ergebnisse des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie der Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung bei der Pflegekasse als gestellt. Für Hilfsmittel, die der Zuständigkeit der Krankenkasse unterfallen, gilt § 16 Absatz 2 SGB I. Die Pflegekasse hat in ihrem Zuständigkeitsbereich über den so übermittelten Antrag unverzüglich, spätestens mit dem Bescheid über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu entscheiden.

Mit der gutachterlichen Empfehlung des MDK ist für die Hilfsmittel, die den Zielen des § 40 dienen, wird die Erforderlichkeit des Hilfsmittels nach § 33 Absatz 1 SGB V und Notwendigkeit der Versorgung mit einem Pflegehilfsmittel nach § 40 vermutet. Damit ist die fachliche Prüfung grundsätzlich abgeschlossen; eine weitergehende fachliche Überprüfung der Notwendigkeit ist nicht mehr geboten, es sei denn, die Kranken- oder Pflegekasse stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Die Vermutung ersetzt nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Krankenkasse. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist ferner, dass die jeweiligen weiteren leistungs- und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Die gutachterlichen Empfehlungen bei den genannten Hilfsmitteln ersetzen die ärztliche Therapieentscheidung nach § 33 Absatz 5a Satz 1 SGB V sowie die ärztliche Verordnung

nach § 33 Absatz 5a Satz 2 SGB V. Letztere können die Krankenkassen für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.

Aufgrund des Verzichts auf eine ärztliche Einbindung gilt diese Regelung nur für solche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die den Zielen des § 40 entsprechen. Dies sind: Adaptionshilfen (z. B. Strumpfanziehhilfen, Greifhilfen), Badehilfen (z. B. Badewannenbretter, Badewannenlifter, Duschhocker, fahrbare Duschstühle), Gehhilfen (z. B. Gehböcke, Rollatoren, Deltaräder), Hilfsmittel gegen Dekubitus (z. B. Antidekubitussitzkissen, Antidekubitusauflagen, Antidekubitusmatratzen, aktive und passive Systeme), Inkontinenzhilfen (z. B. Inkontinenzvorlagen, Netzhosen, Inkontinenzpants, Bettschutzeinlagen), Kranken- oder Behindertenfahrzeuge (z. B. Rollstühle), Krankenpflegeartikel (z. B. behindertengerechte Betten, Stehbetten, Aufrichthilfen, Rückenstützen), Lagerungshilfen (z. B. Beinlagerungshilfen, Lagerungskeile), Mobilitätshilfen (z. B. Drehscheiben, Dreh- und Übersetzhilfen, Rutschbretter, Katapultsitze, Bettleitern), Stehhilfen, Stomaartikel, Toilettenhilfen (z. B. Toilettensitzerhöhungen, feststehende Toilettenstühle oder Toilettenstühle auf Rollen), Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, Pflegehilfsmittel zur Körperpflege oder Hygiene (z. B. Urinflaschen, Urinschiffchen, Steckbecken, saugende Bettschutzeinlagen, Kopfwaschsysteme), Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung oder zur Mobilität, Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z. B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel) sowie sonstige unmittelbar alltagsrelevante Pflegehilfsmittel. Die Art, die Ausführung und die benötigte Menge der genannten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel sind vom Gutachter bei der Begutachtung festzulegen. Die Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 sowie die Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind entsprechend anzupassen.

Für alle anderen Hilfsmittel (z. B. Kommunikationshilfen, Sehhilfen, Orthesen, Prothesen aus dem Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs oder für Hilfsmittel, die direkt der Krankenbehandlung und/oder der medizinischen Versorgung zuzuordnen sind wie z. B. Beatmungsgeräte oder Elektrostimulationsgeräte) gilt diese Regelung nicht. Der Gutachter kann im Gutachten nur eine unverbindliche Versorgungsempfehlung aussprechen. Die leistungsrechtliche Abgrenzung, ob es sich bei der empfohlenen Versorgung um ein Hilfsmittel nach § 33 SGB V oder um ein Pflegehilfsmittel nach § 40 handelt, obliegt der Kranken- oder Pflegekasse. In den Fällen der anderen Hilfsmittel sind Art, Ausführung, Menge, Leistungsparameter und Anzahl der Hilfsmittel durch den behandelnden Arzt oder Facharzt im Auftrag der Krankenkasse unter Beachtung der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festzulegen.

Die Befristung der Regelung in Bezug auf die Erforderlichkeit der Hilfsmittel nach § 33 Absatz 1 SGB V dient der Möglichkeit zur Evaluation, wie sich die Regelung in der Praxis der Krankenkassen und bezogen auf die Ausgaben auswirkt.

Zu Nummer 14 (§ 18a)

Die Pflegekassen waren für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 verpflichtet, jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der MDK oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation zu berichten. Durch die Änderung wird die bestehende Berichtspflicht um drei Jahre bis in das Geschäftsjahr 2018 verlängert. Damit sollen auch die Verbesserungen bei der Feststellung einer Rehabilitationsbedürftigkeit mit dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden neuen Begutachtungsinstrument sowie durch das aufgrund von § 18 Absatz 6 Satz 3 umzusetzende, bundeseinheitliche, strukturierte Verfahren zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung Gegenstand der Berichterstattung werden.

Zu Nummer 15 (§ 18c)

Der Prozess der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstruments erfordert aufgrund der damit verbundenen Herausforderungen in allen Phasen eine umfassende Auseinandersetzung mit den fachlichen Inhalten und Zielen

des neuen Begriffs. Zum Prozess der Einführung gehören auch viele Aufgaben und Änderungsschritte, die zur Vorbereitung und Umsetzung des neuen Begriffs erforderlich sind und ein enges Zusammenwirken der beteiligten Akteure (Pflegekassen, Leistungserbringer, Pflegekräfte) auf der Verbändeebene sowie in der Praxis in allen Phasen. Dementsprechend enthält die neu eingefügte 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 im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 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 Begutachtungsinstrument seine Arbeit fortsetzen und insbesondere mit Blick auf pflegefachliche Fragen, die bei und nach der Umstellung auftreten können, beratend tätig sein.

In Absatz 2 wird bestimmt, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine begleitende wissenschaftliche Evaluation der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowohl für die Phase der Vorbereitung als auch für die Phase der Umsetzung der Umstellung auf den neuen Begriff und das neue Begutachtungsinstrument durchführen lässt. Dabei sind auch die Auswirkungen der Umstellung auf die Entwicklung der stationären Pflegesätze einschließlich der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile mit in den Blick zu nehmen. Die Ergebnisse der Evaluation sind drei Jahre nach dem Inkrafttreten der §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a zu veröffentlichen. Dies ermöglicht die Synchronisierung des Veröffentlichungsdatums mit dem Zeitpunkt der Veröffentlichung des Berichtes nach § 10. Während der Evaluation können Zwischenberichte erstellt und veröffentlicht werden.

Zu Nummer 16 (§ 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 ambulante Pflege vor stationärer Pflege 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 17 (§ 33)

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 18 (§ 37)

Mit dem PNG 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.

D. h., 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 Nummer 19 (§ 38)

Die Regelung übernimmt für die Kombinationsleistung die erweiterten zeitlichen Höchstgrenzen für das anteilige Pflegegeld nach § 37. Auf die dortigen Ausführungen zur Begründung wird verwiesen. 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 20 (§ 39)

Zu Buchstabe a

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 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 21 (§ 42)

Zu Buchstabe a

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 (bisher 5) Mittel der Verhinderungspflege zugunsten der Kurzzeitpflege eingesetzt werden, wodurch sich der Anspruch auf Verhinderungspflege entsprechend vermindert.

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 22 (§ 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 Pflegeunterstützungsgeld von der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen (bzw. bei beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen anteilig von der Beihilfestelle 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 von der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen (bzw. bei Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen der Beihilfe oder der Heilfürsorge haben, anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn) und dem Beschäftigten getragen. Die jeweiligen Leistungsträger zahlen die Sozialversicherungsbeiträge an die zuständigen Versicherungsträger (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger und Bundesagentur für Arbeit). Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen sowie die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder der Dienstherr den jeweiligen Anteil des Beschäftigten an den Sozialversicherungsbeiträgen mit der Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes verrechnen können.

Zu Nummer 23 (§ 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 an 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 zurechtkommen, umso besser geht es in der Regel auch dem Pflegebedürftigen selbst. Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 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 bei 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 die 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 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 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. Da die Beratung in einem durch Artikel 13 des Grundgesetzes geschützten Bereich stattfindet, ist die Einwilligung des Pflegebedürftigen erforderlich.

Zu Nummer 24 (Überschrift des Vierten Abschnitts des Achten Kapitels)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelung des § 92 in den neuen § 8a (vgl. auch Begründung zu Nummer 8).

Zu Nummer 25 (§ 92)

Aus systematischen Gründen erhält die Regelung einen neuen Standort (§ 8a).

Zu Nummer 26 (Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelung des § 92c in den neuen § 7c.

Zu Nummer 27 (§ 92c)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen der Absätze 1 bis 4 und 7 bis 9 in den neuen § 7c. Die nicht in § 7c überführten Regelungen der Absätze 5 und 6 werden nach Fristablauf zur Rechtsbereinigung aufgehoben (vgl. auch Begründung zu Nummer 6).

Zu Nummer 28 (Sechster Abschnitt des Achten Kapitels)

Im übergangsweise geltenden, neuen Sechsten Abschnitt im Achten Kapitel, der die §§ 92c bis 92f umfasst, sind für den Übergang der vereinbarten Pflegesätze in zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen im Grundsatz zwei Varianten vorgesehen.

Zu § 92c

Die ab dem 1. Januar 2016 geltenden Pflegesatzvereinbarungen der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen werden von Gesetzes wegen bis zum 31. Dezember 2016 befristet. Das gilt auch für ggf. in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2016 neu abgeschlossene Pflegesatzvereinbarungen, die noch auf der Grundlage des § 84 Absatz 2 in der bis 31. Dezember 2016 geltenden Fassung Wirkung erlangen.

Bis zum 31. Dezember 2016 sind nach der ersten Variante, wie auch vom Expertenbeirat ausgeführt, Neuverhandlungen der Pflegesätze eröffnet, die ab dem 1. Januar 2017 gelten sollen. Dieses Vorgehen folgt dem bewährten, einrichtungsindividuellen Verhandlungs- und Vereinbarungsprinzip und ermöglicht es den Vertragsparteien, mit größtmöglicher Flexibilität im Hinblick auf das Wirksamwerden des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs am 1. Januar 2017 für die voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtung in prospektiver Weise Anpassungen und Verbesserungen passgenau vorzusehen. Bei den Neuverhandlungen sowie bei den folgenden Pflegesatzverhandlungen für den Zeitraum nach dem Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind die von den Vereinbarungspartnern des § 75 angepassten Vorgaben in den Landesrahmenverträgen, insbesondere zur Personalstruktur und den Personalrichtwerten nach § 75 Absatz 3, sowie die neuen gesetzlichen Vorgaben des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das darin enthaltene Verständnis von Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen. Bereits bei den Neuverhandlungen bis zum 31. Dezember 2016 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 verwiesen.

Zur Förderung einer effektiven Vereinbarungspraxis werden hierbei vorrangig die Pflegesatzkommissionen sowie vergleichbare landesspezifische Gremien der Selbstverwaltung 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 §§ 92d 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 § 85 Absatz 5 schiedsstellenfähig. Das gilt für die alternativ berufenen, anderen landesspezifischen Gremien entsprechend. 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 § 92d

Für die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die bis 30. September 2016 keine neue Vereinbarung nach § 92c geschlossen haben, sieht § 92d als Auffangregelung eine alternative Überleitung der Pflegesätze vor. Das Verfahren zur Berechnung ist in § 92e geregelt. Die Pflichten der Beteiligten im Rahmen des alternativen Überleitungsverfahrens ergeben sich aus § 92f.

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 SGB XI verfolgt. Die sich als Summe aus dem Leistungsbetrag der Pflegeversicherung und dem vom Pflegebedürftigen zu zahlenden Eigenanteil ergebenden Pflegesätze stehen im Durchschnitt aller Einrichtungen in den Relationen zueinander, die in der Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS) ermittelt wurde. 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 folgende Aufwandsfaktoren: Pflegegrad 3: 1,36, Pflegegrad 4: 1,74 und Pflegegrad 5: 1,91.

Zu § 92e

Die Vorschrift regelt das Verfahren zur Umrechnung der einem Pflegeheim am 30. September 2016 zustehenden Pflegesätze in die ab dem 1. Januar 2017 zu zahlenden Pflegesätze.

Zu Absatz 1

Zunächst ermittelt das Pflegeheim, bezogen auf den Stichtag am 30. September 2016, ausgehend von seiner aktuellen Belegungszusammensetzung den Gesamtbetrag der Pflegesätze in den Pflegestufen 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 30,42 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 am 1. Januar 2017 in Kraft tretenden Überleitungsregelung des § 140 den neuen Pflegegraden zuzuordnen. Multipliziert man diese mit den neuen Leistungsbeträgen nach § 43, 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 (einrichtungseinheitliche Eigenanteil), der dafür sorgt, dass die Pflegesatzsumme die gleiche Höhe hat wie vor der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die neuen Pflegegrade. Dies ist angesichts der zum 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 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.

Zu § 92f

Mit der Auffangregelung ist keine Verhandlung verbunden. Daher sind nach § 92f 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 dieser Ausgangsdaten zu entscheiden und der Pflegeeinrichtung diese ggf. mitzuteilen haben.

Soweit es die voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtung unterlässt, den Kostenträgern die notwendigen Daten mitzuteilen, sind diese zu einer Schätzung berechtigt und haben die Pflegeeinrichtung über die von ihnen vorgenommene Schätzung unverzüglich zu informieren. Dabei sind alle Umstände zu berücksichtigen, die für die Ermittlung der Pflegesätze von Bedeutung sind. Ggf. vorliegende Angaben sind einzubeziehen. Diese Regelung soll für die beschriebene Ausnahmesituation praktikabel die Überleitung der Pflegesätze gewährleisten.

Die voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtung hat die Heimbewohner spätestens 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 Verbraucher nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz hinreichend nachgekommen. Zudem erfolgt ein Hinweis auf den Besitzstandsschutz nach dem am 1. Januar 2017 in Kraft tretenden § 141.

Zu Nummer 28 (§ 94)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich bei der Erweiterung in Absatz 1 Nummer 7 zum einen um eine Folgeänderung aufgrund der 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 zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, um über das Angebot dieser Erbringer zu beraten. Die Ermächtigung trägt der Ergänzung der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Absatz 3 um niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote nach § 45c Rechnung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen des bisherigen § 92c in einen neuen § 7c.

Zu Nummer 29 (§ 95)

§ 95 wird um die Ermächtigung der Verbände der Pflegekassen erweitert, personenbezogene Daten der Erbringer von Leistungen der Prävention, von Leistungen der Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, um die Leistungs- und Preisvergleichslisten über das Angebot der Leistungserbringer erstellen, fortschreiben und in ihren Internet-Angeboten veröffentlichen zu können (vgl. die Begründung zur Änderung von § 94 Absatz 1 Nummer 7).

Zu Nummer 30 (§ 97)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einführung des § 38a Absatz 1 Satz 2. Der MDK 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 31 (§ 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 Satz 1 SGB V harmonisiert. Dies verbessert die Transparenz des Leistungsgeschehens für die Versicherten und ermöglicht zudem die Unterrichtung über zeitlich weiter zurückliegende Leistungsinanspruchnahmen.

Zu Nummer 32 (§ 113)

Zu Buchstabe a

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 nunmehr 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 Absatz 4 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie zu den Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Absatz 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 Satz 2 Nummer 1 und 2 SGB XI bis zum 31. März 2017 vorliegen. Die Maßstäbe und Grundsätze für den ambulanten Bereich sind bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren; der Abschlussbericht der fachlich unabhängigen Einrichtungen oder Sachverständigen zu den neu zu entwickelnden Instrumenten für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Leistungen und den neu zu entwickelnden Instrumenten der Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege soll gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 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. Das Bundesministerium für Gesundheit förderte gemeinsam mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von Dezember 2008 bis November 2010 ein Forschungsprojekt, das die *„Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“* zum Gegenstand hatte. Es wurden Qualitätsindikatoren für die Ergebnisqualität entwickelt, die sich sowohl bei externen Qualitätsprüfungen als auch im internen Qualitätsmanagement der Einrichtungen nutzen lassen und einen Vergleich der Qualität zwischen Einrichtungen ermöglichen. Es ist eine vorrangige Aufgabe der Vertragsparteien, dieses indikatorengestützte Verfahren, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht (Indikatorenmodell) nunmehr in die Praxis der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung einzuführen.

Mit der Einführung des indikatorengestützten Qualitätsmanagements geht eine Umstrukturierung der Prüfinhalte und des Prüfgeschehens einher, denn die Indikatoren und die Gewinnung von bewertbaren Informationen sind in den gegenwärtigen Erhebungsbogen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien nicht ohne Weiteres integrierbar. Die Vorschrift konkretisiert daher, dass in den Maßstäben und Grundsätzen für den stationären Bereich Inhalte und Verfahren dieses Modells umfassend zu beschreiben sind. Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten festzulegen. Die Prüfung der Daten hat sowohl den Aspekt der Plausibilität (statistische Prüfung) als auch den der Richtigkeit (inhaltliche Prüfung) zu beinhalten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten; ausdrücklich angeordnet wird, dass vor der Übermittlung der Daten eine Pseudonymisierung zu erfolgen hat. Zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit haben die Vertragsparteien nach Absatz 1 mit den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden ein Datenschutzkonzept abzustimmen.

Die bisher von den Vertragsparteien zu dem Indikatorenmodell 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 Vertragsparteien weitere Arbeiten zur Vorbereitung einer wissenschaftlich gestützten Einführung in Auftrag zu geben (§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2). Schließlich werden hierfür auch Erfahrungen und Ergebnisse der seit der Vorstellung des Indikatorenmodells durchgeführten Modellprojekte EQMS und EQisA zu beachten sein.

Wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung des Indikatorenmodells ist die sichere und verlässliche Umsetzung der nach Absatz 1a zu erstellenden Datenerhebung, -übermittlung, -auswertung und -bewertung. Zum Verfahren wird deshalb weiterhin Folgendes festgelegt: Die Vertragsparteien beauftragen im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, die erhobenen Daten zusammenzuführen sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar auszuwerten. Zur fachlichen Qualifikation dieser Institution gehört auch die datenschutzrechtliche Eignung. Die Pflegeeinrichtungen sind in

den Maßstäben und Grundsätzen zu verpflichten, die entsprechenden Daten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an die von den Vertragsparteien beauftragte Institution zu übermitteln.

Zum Zweck der Prüfung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach §§ 114 ff. sowie zum Zweck der Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a leitet die beauftragte Institution die Ergebnisse der ausgewerteten Daten an die Landesverbände der Pflegekassen und die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständige weiter; diese dürfen die übermittelten Daten zu den genannten Zwecken verarbeiten und nutzen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren diesbezüglich entsprechende Verfahren zur Weiterleitung der Daten.

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.

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 keinen praktischen Anwendungsbereich mehr haben.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 113b.

Zu Nummer 33 (§ 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

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung 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 Sachstand dar.

Zu Nummer 34 (§ 113b)

Zu Absatz 1

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 deshalb keine neue bürokratische Institution geschaffen, sondern konkret und praxisnah nur die Form der Entscheidungsfindung geregelt, und zwar so, dass die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung gestrafft und die Zeiträume der Entscheidungsfindung verkürzt werden.

Die im Jahr 2008 von den Vertragsparteien nach § 113 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung, die bisher in § 113b geregelt wurde, wird durch die Neufassung der Vorschrift zu einem Qualitätsausschuss und damit zu einem effizienten Verhandlungs- und Entschei-

dungsgremium 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 durch den Qualitätsausschuss über die Qualität der Beratung (§ 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung), 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 Errichtung des Qualitätsausschusses aus der bisherigen Schiedsstelle wird die Kritik an häufig nicht effizienten 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.

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 im Wesentlichen übernommen. Darauf hingewiesen wird, dass dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. die Entscheidung darüber obliegt, ob er dem Qualitätsausschuss angehören will. Mit der Entsendung eines Mitgliedes ist für den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. eine Finanzierungsbeteiligung nach § 8 Absatz 4 verbunden. Die vom Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen zur Qualitätssicherung in der Pflege müssen von den Angehörigen der Pflegeberufe umgesetzt werden. Deshalb wird verankert, dass dem Qualitätsausschuss – unter Anrechnung auf die Zahl der Leistungserbringer – ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören soll. Mit dieser Regelung wird der Bedeutung des Berufsstands Pflege angemessen Rechnung getragen. Zur Sicherstellung der Parität zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern wird ausgeschlossen, dass eine Organisation gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugeordnet wird. Gesetzlich verankert wird, dass jedes Mitglied eine Stimme erhält und dass die Stimmen gleich zu gewichten sind. Damit sichergestellt ist, dass die wissenschaftliche Kompetenz des MDS in die Beratungen und Beschlussfassungen des Qualitätsausschusses – auch in seiner erweiterten Form – einfließt, wird die Beteiligung gesetzlich verankert. Dem steht nicht entgegen, dass der MDS vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen als Vertreter benannt wird. 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. Damit die Funktionsfähigkeit des Qualitätsausschusses von Anfang an gesichert ist, wird zudem geregelt, dass der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet wird, sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden,

nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder in der nach Absatz 2 Satz 1 insgesamt vorgesehenen Anzahl benannt haben. 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. Festgelegt wird, dass der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt werden. Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. 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*. 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 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 Satz 2 Nummer 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 statistische und inhaltliche Prüfung 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. Soweit dies wissenschaftlich gestützt wird, soll eine Verknüpfung der Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch für den ambulanten Bereich Anwendung finden. 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.

Der 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 Qualitätsdarstellung sollen ebenfalls wissenschaftlich begleitet werden; ggf. 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 Qualitätsprüfung 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 SGB XI 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 entwickeln zu lassen, um damit diesem Anliegen und der pflegefachlichen Notwendigkeit zu entsprechen. Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in

Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit erhalten die Ermächtigung, den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorzuschlagen. Das Bundesministerium für Gesundheit stimmt sich hierbei mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege ab.

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 5 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 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 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 § 113 SGB XI* wahrnehmen. Die fachliche Unabhängigkeit der Geschäftsstelle ist zu gewährleisten. Es ist sicherzustellen, dass Interessenskollisionen ausgeschlossen sind; insbesondere dürfen die Mitarbeiter der Geschäftsstelle nicht an Weisungen einzelner Vertragsparteien nach § 113 gebunden sein.

Zu Absatz 7

In der Geschäftsordnung sind die wesentlichen Fragen der Organisation und der Verfahren im Qualitätsausschuss zu regeln. . 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. Auch Änderungen der Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung. Das Bundesministerium für Gesundheit setzt sich im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen. Soweit innerhalb der gesetzlich festgelegten Frist kein Beschluss über eine Geschäftsordnung zustande kommt, wird die Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend festgelegt. Auch im Falle einer Festsetzung können die Vertragsparteien die Geschäftsordnung jederzeit ändern.

Zu Absatz 8

Absatz 8 regelt das Verhältnis zwischen den Vertragsparteien und dem Bundesministerium für Gesundheit hinsichtlich der im Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen. Dem

Bundesministerium für Gesundheit sind die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen 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 den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse festsetzen kann. Aufgrund einer Festsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit sind die Vertragsparteien nicht gehindert, zukünftige fachlich gebotene Änderungen in den Vereinbarungen und Beschlüssen nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, § 113, § 113a oder § 115 Absatz 1a vorzunehmen. Hierzu gelten die in den jeweiligen Vorschriften beschriebenen Verfahren. 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 und setzt sich mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen.

Zu Nummer 35 (§ 113c)

Eine qualitativ und quantitativ belastbare Personalausstattung ist ein wesentlicher Baustein für eine gute Qualität der Pflege. Zudem wird mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen Begutachtungsinstrument die Pflegeversicherung auf eine neue fachliche Grundlage gestellt. Auch der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat auf die Bedeutung der Personalbemessung im Kontext der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hingewiesen.

Ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren, um den Personalbedarf in den Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Grundsätzen qualitativ und quantitativ zu bestimmen, liegt unter Berücksichtigung dieser neuen Ausrichtung bisher nicht vor. Daher werden die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 zur Entwicklung und Erprobung eines solchen Verfahrens bis zum 30. Juni 2020 verpflichtet. Dabei sind der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die neuen Pflegegrade ebenso zu berücksichtigen wie bereits vorliegende Untersuchungen und Erkenntnisse, unter anderem zu Anforderungs- und Qualifikationsprofilen in der Pflege.

Die Regelung bezieht sich sowohl auf stationäre als auch auf ambulante Pflegeeinrichtungen. Dabei sind insbesondere die historisch gewachsenen – teilweise sehr unterschiedlichen – Personalrichtwerte auf Landesebene in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Entwicklungen in der ambulanten Pflege zu berücksichtigen.

Der komplexe Umsetzungsprozess in Verbindung mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, zu dem die Selbstverwaltungspartner insbesondere durch § 75 zur Anpassung der Maßstäbe und Grundsätze für die Personalausstattung unmittelbar aufgefordert sind, ist unabhängig von diesem Vorhaben zügig und ergebnisorientiert durchzuführen.

Die Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens ist von den Vertragsparteien im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sicherzustellen.

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. Das Erfordernis des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gilt auch im Falle des Absatzes 2 Satz 3.

Der MDS, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind zu beteiligen.

Zu Nummer 36 (§ 114)

Zu Buchstabe a

Bei den regelhaft stattfindenden Qualitätsprüfungen durch den MDK 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 nunmehr 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

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der 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 das 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 haben dadurch keinen praktischen Anwendungsbereich mehr.

Zu Buchstabe d

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 Rechnung getragen, die auf Umsetzungsprobleme – insbesondere unter dem Aspekt des Datenschutzes – bei der Rechnungsstellung für kostenpflichtige Wiederholungsprüfungen hingewiesen haben. 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. Zukünftig ist gesetzlich nicht mehr ausdrücklich geregelt, dass Pflegeeinrichtungen eine freiwillige Wiederholungsprüfung verlangen können, wenn ihnen unverhältnismäßige Schäden durch nicht mehr den tatsächlichen

Gegebenheiten entsprechende Transparenzberichte drohen. Nach wie vor kann jedoch gemäß Satz 4 im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung von den Landesverbänden der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Absatz 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Im Rahmen dieser Ermessensentscheidung kann den berechtigten Interessen der Pflegeeinrichtungen, unverhältnismäßige Schäden durch nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechende Transparenzberichte abzuwenden, von den Landesverbänden der Pflegekassen durch eine verfassungskonforme Reduzierung des Ermessens Rechnung getragen werden.

Zu Nummer 37 (§ 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 Satz 2 Nummer 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 Prüfungen 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 Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarung für den betreffenden Bereich verbunden. Der Zeitraum zwischen Beschlussfassung und Inkrafttreten kann für Schulungen des MDK und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie für die erforderliche Anpassung der Prüfsoftware genutzt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit setzt sich im Rahmen des Verfahrens zur Genehmigung der Richtlinien mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen und stimmt sich mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege ab. 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 geregelt. Die weiteren Regelungen zur kontinuierlichen Anpassung, zur Genehmigung und zur Verbindlichkeit der Richtlinien bleiben unverändert.

Zu Nummer 38 (§ 115)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Änderung des Absatzes 1a.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der 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 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 Satz 2 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 § 114a 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 Satz 2 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 geregelt. 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 Versorgung in ihrer Gesamtheit bezieht.

Zu Nummer 39 (§ 117)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 115 Absatz 1a.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des § 115 Absatz 1 Satz 2.

Zu Nummer 40 (§ 118)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung der §§ 45a und 45b sowie des § 37 Absatz 5 und aufgrund der Änderung der Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung (Qualitätsausschuss nach § 113b).

Zu Nummer 41 (§ 135)

Die Ergänzung dient der gesetzlichen Klarstellung des Verfahrens, das bisher lediglich in der Begründung zum Ersten Pflegestärkungsgesetz beschrieben wird.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

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

Zu Nummer 2 (§ 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 3 (§ 4)

In § 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 4 (§ 7)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen aufgrund der Neustrukturierung des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels (vgl. auch Begründung zu den §§ 45a ff.).

Zu Nummer 5 (§ 8)

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

Zu Nummer 6 (§ 13)

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind keine Leistungsverschiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden. Die Ansprüche der Versicherten auf Leistungen nach dem SGB V bleiben dementsprechend unberührt. Das betrifft – wie schon bisher geregelt – insbesondere die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Unverändert gilt dies auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu leisten sind. Dies wird gesetzlich nun in § 13 Absatz 2 geregelt.

Zu Nummer 7 (§§ 14 bis 16)

Zu § 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 an Demenz erkrankter Menschen im Vergleich zu vorrangig körperlich beeinträchtigten Pflegebedürftigen durchschnittlich niedrigere Pflegestufen erreichten. Trotz der Einführung und des zwischen 2002 und 2015 schrittweise erfolgten Ausbaus von zusätzlichen Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der Pflegeversicherung haben diese nach wie vor durchschnittlich niedrigere Leistungsansprüche als Pflegebedürftige mit einer vorrangig körperlichen Beeinträchtigung. 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 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 fachlichen, administrativen und rechtstechnischen Fragen der Umsetzung, die in den ersten Berichten noch nicht hinreichend konkretisiert wurden, setzte das Bundesministerium für Gesundheit zum 1. März 2012 den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein. Aufgabe des Expertenbeirats war, 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 1. Januar 2017 werden der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA als Begutachtungsinstrument im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung eingeführt. Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit mit dem NBA führt dazu, dass alle Antragsteller eine pflegefachlich fundierte, differenzierte und der Schwere ihrer jeweiligen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten 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 eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 ist ab diesem Tag nicht mehr erforderlich. Denn das NBA berücksichtigt bereits die entsprechenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Darüber hinaus werden zukünftig weitere für Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen relevante Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten erfasst. Ab dem Stichtag wird es daher nur noch ein Feststellungsverfahren für Pflegebedürftigkeit geben (Ermittlung des Pflegegrads mit dem NBA). 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 der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten 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 standen, 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 der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten kognitiv und psychisch beeinträchtigter 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 Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht beabsichtigt.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff 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 Pflegebedürftigkeitsbegriff Grundlage und Impuls für moderne und pflegefachlich noch besser fundierte Leistungen und eine entsprechende Leistungserbringung in der Pflegeversicherung.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und insbesondere das NBA wurden für die Zwecke der Feststellung des Leistungszugangs und der Verbesserung und fachlich fundierte Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und der Pflegeversicherung geschaffen. Der

Pflegebedürftigkeitsbegriff ist für andere Sozialleistungssysteme ohne ausdrückliche Verweisung rechtlich nicht verbindlich und nur hinsichtlich seiner fachlichen Grundlegung als Beitrag zu einem fachlich geprägten, umfassenden Verständnis von Pflegebedürftigkeit anzusehen.

Definition

Als pflegebedürftig werden Personen definiert, die aufgrund von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit oder ihrer Fähigkeiten nach Maßgabe der im Gesetz abschließend festgelegten Kriterien in den festgelegten Bereichen der Hilfe durch andere bedürfen. Der Hilfebedarf muss auf den in den Kriterien beschriebenen, gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten beruhen; andere Ursachen für einen Hilfebedarf bleiben außer Betracht. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten werden personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-) Umfeld ermittelt.

Dabei sind nur solche Personen pflegebedürftig, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen sowie 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 Pflegebedürftigkeitsbegriff 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 sind zukünftig alle Menschen, die aufgrund der Begutachtung mit dem NBA einen Pflegegrad erhalten, unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt.

Dauer

Pflegebedürftigkeit soll weiterhin immer dann solidarisch abgesichert werden, wenn sie längerfristig und nicht nur gelegentlich besteht. Eine zeitliche Untergrenze bilden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit daraus resultierendem Bedarf an Hilfe durch andere, die voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorliegen. Die Entscheidung über das Vorliegen einer voraussichtlich längerfristigen Pflegebedürftigkeit kann bereits vor dem 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 2 aufgelisteten sechs Bereiche, in denen der Schweregrad der individuellen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt wird, umfassen jeweils eine Gruppe artverwandter Kriterien oder einen Lebensbereich. Sie stellen einen abschließenden Katalog der zu berücksichtigenden Kriterien dar, anhand derer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt werden sollen. Der abschließende Charakter ist erforderlich, weil die Zuordnung zu unterschiedlichen Leistungsgruppen (Pflegegraden) aus einer Gesamtschau aller zu berücksichtigenden Bereiche und Kriterien abgeleitet wird. Die Kriterien der Bereiche des Absatzes 2 sind pflegefachlich begründet und wurden im Rahmen des achtjährigen Entwicklungsprozesses fachwissenschaftlich abgesichert und in der Begutachtungspraxis erprobt. Sie entsprechen dem internationalen Stand der pflegewissenschaftlichen Forschung. Die einzelnen Kriterien werden im Rahmen der Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 in der Fassung ab dem 1. Januar 2017 durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen pflegefachlich konkretisiert. Insbesondere werden in den Begutachtungs-Richtlinien die fachlichen Hintergründe und Inhalte der Kriterien hinterlegt, an die die Gutachter des MDK und unabhängige Gutachter bei der Begutachtung bundesweit gebunden sind.

Die Bereiche *Selbstversorgung* und *Mobilität* (Nummer 4 und Nummer 1) sind inhaltlich mit den vom bisherigen Begutachtungsinstrument erfassten Bereichen des § 14 Absatz 4 in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 vergleichbar. Die Bereiche *kognitive und kommunikative Fähigkeiten* (Nummer 2) und *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen* (Nummer 3) beinhalten grundsätzlich auch solche Kriterien, die bisher im Rahmen der Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 erfasst werden, 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 *Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen* (Nummer 5) erfasst Kriterien, die im Rahmen der Begutachtung auf der Basis des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht berücksichtigt werden. Sie sind dem Themenkreis der selbständigen Krankheitsbewältigung zuzuordnen, und zwar insbesondere der *krankheitsbezogenen 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 SGB V einzuschätzen. Insoweit gilt § 13 Absatz 2. 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 körperlichen, kognitiven und psychischen Fähigkeiten, z. B. spezifische Fertigkeiten, Motivation oder Kenntnisse verfügen. 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 diesem Bereich wird daher häufig ein Hilfebedarf bei der Anleitung und Motivation oder eine Schulung der erkrankten Person zu bestimmten Maßnahmen verknüpft.

Aus dem Bereich *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte* (Nummer 6) wird im bisherigen Begutachtungsinstrument nur das Kriterium *Ruhen und Schlafen* teilweise erfasst. Die weiteren in dem Bereich enthaltenen Kriterien werden bisher als Betreuung und allgemeine Beaufsichtigung qualifiziert, die über die konkrete Anleitung und Beaufsichtigung bei Verrichtungen hinausgeht und bisher nicht zu den maßgeblichen Verrichtungen des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gehört.

Die bisherigen Formen der Hilfeleistung (unmittelbare Erledigung für den Pflegebedürftigen im Sinne einer Kompensation, Anleitung oder Beaufsichtigung) bleiben erhalten, sind aber kein Bestandteil des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mehr, sondern werden durch das Leistungsrecht der Pflegeversicherung definiert. Mit dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff entfällt zukünftig auch die Fokussierung auf vorwiegend kompensatorischen Hilfen sowie auf die Beschränkung der Anleitung und Beaufsichtigung, soweit sie im engen Kontext der Verrichtungen des täglichen Lebens stehen. Insgesamt werden mit den neu einbezogenen bzw. erweiterten Kriterien der Pflegebedürftigkeit gerade in den Bereichen der Nummern 2, 3, 5 und 6 zukünftig Kriterien berücksichtigt, die einen Hilfebedarf im Bereich der Anleitung, Motivation und Schulung nach sich ziehen und dadurch die Selbständigkeit und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen stärken. Eine Anleitung im Sinne der aktivierenden Pflege bleibt ein wichtiger Bestandteil der Leistungserbringung, der durch das NBA zukünftig eine größere Rolle spielen wird.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird klargestellt, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, 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 zu den Modulen 1 bis 6 im jeweils betroffenen Bereich erfasst werden. Damit bleiben die entsprechenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten für die Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit relevant, werden aber über andere Kri-

terien als bisher erhoben. So führen z. B. bestimmte körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen, die in den Bereichen des Absatzes 2 erfasst werden, dazu, dass zugleich auch die Fähigkeit zur eigenständigen Haushaltsführung beeinträchtigt ist. Damit die gleichen Beeinträchtigungen 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 Pflegeplanung, andererseits bieten sie Anhaltspunkte für den Leistungsumfang der Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36. 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 § 15

Zu Absatz 1

Ab 1. Januar 2017 werden das Vorliegen und die Schwere der Pflegebedürftigkeit mit einem neuen, pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Das neue Begutachtungsinstrument beruht auf dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 und deckt die in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereiche ab. Die gesonderte Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a ist daher ab dem 1. Januar 2017 nicht mehr erforderlich, da das NBA in den Modulen 2 und 3 die in diesem Kontext relevanten Kriterien für Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten in den Bereichen 2 und 3 bereits berücksichtigt. Darüber hinaus werden in den Modulen 2 und 3 noch weitere pflegefachlich relevante Kriterien für Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten von Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen erfasst. Damit gibt es ab dem 1. Januar 2017 nur noch ein Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Alle Pflegebedürftigen im gleichen Pflegegrad haben dann Zugang zu den gleichen Leistungen der Pflegeversicherung. Dadurch wird auch die Gleichbehandlung von körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen bei der Begutachtung und in der Konsequenz beim Leistungszugang verwirklicht.

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

– die Sichtweise (Blick auf die Selbständigkeit und die Fähigkeiten in den Bereichen des § 14 Absatz 2 anstelle eines nur defizitorientierten Blicks auf die erforderlichen kompensatorischen Hilfen),

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

– die pflegefachliche Fundierung (das NBA bezieht den internationalen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse ein),

– die Zahl und fachliche Reichweite der für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit maßgeblichen Kriterien (Erweiterung um Kriterien im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, der Bewältigung von und des Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte anstelle von eng definierten Verrichtungen) als auch

– die Einstiegsschwelle der Pflegeversicherung (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 der für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit maßgeblichen Kriterien wirkt sich auch in der Begutachtung von Kindern positiv aus. Gerade in den Modulen 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 pflegenden Eltern aber von besonderer Bedeutung sind. Damit verbessert sich vielfach auch die Einstufung pflegebedürftiger Kinder.

Der Pflegegrad orientiert sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Damit wird sichergestellt, dass auch zukünftig diejenigen Pflegebedürftigen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§ 1 Absatz 4). Zugleich werden damit auch die Staffelung nach Pflegegraden und der Anstieg der Leistungsbeträge über die Pflegegrade sozialpolitisch und fachlich begründet.

Zu Absatz 2

Allgemeines

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA stehen in einem untrennbaren fachlichen Zusammenhang. Das NBA 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 Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde zusammen mit dem dazu gehörenden NBA über einen Zeitraum von acht Jahren durch mehrere wissenschaftliche Studien erarbeitet und durch zwei Expertenbeiräte begleitet. Die Entwicklung eines NBA 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 NBA 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. Seine wesentlichen, für den Leistungszugang relevanten Elemente (abschließender Katalog von Kriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, abschließender Katalog von Bereichen, prozentuale Gewichtungen der einzelnen Bereiche, Festlegung der Einzelpunkte, Summe der Punkte und gewichteten Punkte für jedes Modul, Schwellenwerte für die Zuordnung zu einem Pflegegrad mit Sonderregelungen für Kinder bis 18 Monate sowie die Beschreibung möglicher besonderer Bedarfskonstellationen) werden allerdings zur rechtssicheren Beschreibung des NBA im Gesetz und den Anlagen 1 und 2 verankert.

Struktur des neuen Begutachtungsinstruments

Die modulare Struktur des NBA erlaubt über die Zusammenfassung von gleichartigen Kriterien oder der Kriterien eines Lebensbereichs eine zusammenfassende Betrachtung einzelner Lebensbereiche des Pflegebedürftigen. Zudem werden die Module im Verhältnis zueinander gewichtet. Zentrales Ziel ist, dass körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen anhand eines übergreifenden Maßstabs, der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten, in ein Verhältnis gestellt werden, das die verschiedenen Arten von Beeinträchtigungen angemessen berücksichtigt und eine im Vergleich angemessene Einstufung sicherstellt. Damit sollen vorrangig körperlich beeinträchtigte Pflegebedürftige und vorrangig kognitiv oder psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige in der Pflegeversicherung endlich vergleichbar berücksichtigt und Zugang zu Leistungen haben. Die Differenzierung nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten ist ein durchgehendes Leitmotiv des Instruments. So werden sowohl die Einzelpunkte, Summe der Punkte und gewichtete Punkte jeweils nach der Schwere differenziert und begrifflich einzelnen Kategorien zugeordnet. Die genauen Bezeichnungen der Kategorien sowie die Einzelpunkte, Summe der Punkte und gewichtete Punkt in jedem Modul sind in der Anlage 1 festgelegt.

Ermittlung der Gesamtpunkte

Die Berechnung des für die Zuordnung zu einem Pflegegrad relevanten Gesamtpunkts erfolgt mit Hilfe einer mehrschrittigen Berechnungsfolge auf Basis einer pflegefachlich begründeten Bewertungssystematik. Wesentlich ist dabei die Umrechnung der Summe der Punkte für die Einzelpunkte in gewichtete Punkte.

Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten werden in den Modulen für jedes Kriterium der Bereiche des § 14 Absatz 2 und nach dem Grad ihrer Ausprägung erhoben. In den Modulen 1, 2, 3, 4 und 6 ist für die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten eine Skalierung in 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 Modulen 1, 4, 6 den Grad der Selbstständigkeit einer Person, im Modul 2 die Intensität einer funktionalen Beeinträchtigung (bezüglich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten) und im Modul 3 die Häufigkeit des Auftretens (bezüglich Verhaltensweisen). Im Bereich 5 werden aus pflegefachlichen Gründen verschiedene Kategorien, z. B. Vorkommen, Häufigkeit des Auftretens und Selbständigkeit bei der Durchführung verwendet.

Maßgeblich für die Zuordnung zu einer Kategorie ist eine pflegefachlich begründete Einschätzung durch die Gutachter des MDK oder andere unabhängige Gutachter auf Basis der Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Die Einschätzung erfolgt personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-)Umfeld. Für jede Kategorie ist im Begutachtungsinstrument ein pflegefachlich begründeter Einzelpunkt vorgesehen. Die Einzelpunkte eines Moduls werden nach dem Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einem von fünf Punktbereichen zugeordnet. Jedem Punktbereich, das heißt, der Summe der Punkte, wird ein gewichteter Punkt zugeordnet. Aus den gewichteten Punkten wird der Gesamtpunkt 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 Gesamtpunkt und damit Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) sich nicht unmittelbar durch Summierung aller Einzelpunkte ergibt. Die Gewichtung der Module erfolgt auf der Basis von empirischen Erkenntnissen und sozialpolitischen Überlegungen: Die Gewichtung bewirkt, dass die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten von Personen mit körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten sachgerecht und angemessen bei der Bildung des Gesamtpunktes 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 des 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). Die Module *kognitive und kommunikative Fähigkeiten* sowie *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen* einerseits und das Modul *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer 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 Ermittlung des gewichteten Punktes für die Bereiche 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen): Hier gehen nicht die Summen der Einzelpunkte in den einzelnen Bereichen, sondern nur der jeweils höchste Punkt aus Bereich 2 oder 3 in die Bewertung ein. Ein Grund hierfür ist, dass beide Bereiche bzw. Module einen psychosozialen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen, der sich nicht ohne weiteres einzelnen Handlungen zuordnen lässt. Ist z. B. eine Pflegeperson in der Wohnung des Pflegebedürftigen tagsüber anwesend und liegen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten in den Modulen 2 und 3

vor, resultiert die grundsätzliche Notwendigkeit zur Anwesenheit der Pflegeperson nicht entweder aus Modul 2 oder Modul 3. Sie 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 Punkt aus einem der beiden Module 2 oder 3 zum Tragen. Da es aber vorkommen kann, dass nur Beeinträchtigungen in Modul 2 oder nur in Modul 3 vorliegen, und die Trennung üblichen pflegefachlichen Klassifizierungen entspricht, werden die Bereiche auf zwei Module verteilt. Die Struktur der Bewertungssystematik einschließlich der Summe der Punkte und gewichteten Punkte ist in Anlage 2 zu § 15 festgelegt und dargestellt.

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 und der Fähigkeiten 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 31. Dezember 2016 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.

Die Schwellenwerte für die Pflegegrade 1 und 2 sind gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 geringfügig abgesenkt worden, um die Ergebnisse der beiden Erprobungsstudien vom April 2015 zu berücksichtigen, die eine etwas ungünstigere Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade ergeben hat als die erste Erprobung in den Jahren 2008/2009. Der Schwellenwert zur Erreichung des Pflegegrades 1 ist das Ergebnis pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und stellt rechnerisch den Mittelwert der von den Beiräten 2009 und 2013 diskutierten Eingangswerte dar. Für die Veränderungen gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 ist dabei auch die Überlegung von Bedeutung, Personen mit einsetzender Pflegebedürftigkeit frühzeitig die Inanspruchnahme der präventiv ausgerichteten Leistungen des Pflegegrades 1 zu ermöglichen.

Zu Absatz 4

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien zum Begutachtungsverfahren (Begutachtungs-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 Begutachtungs-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 kann es möglich sein, dass der Pflegegrad 5 nicht automatisch erreicht wird, obwohl er nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten 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 sehr 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. 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 einer 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 5

Absatz 5 stellt klar, dass bei der Begutachtung auch solche Kriterien zu berücksichtigen sind, die zu einem Hilfsbedarf führen, für den Leistungen des SGB V vorgesehen sind. Dies gilt auch und insbesondere für sogenannte krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Dies war auch bisher schon in § 15 Absatz 3 Satz 2 und 3 in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 geregelt. Die Regelung wird bezogen auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff unverändert fortgeschrieben.

Zu Absatz 6

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 oder der Fähigkeiten sind für den Leistungszugang relevant. Auch bei pflegebedürftigen Kindern erfolgt eine Einstufung anhand der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in fünf Pflegegrade; die Absätze 1 bis 3 gelten insofern entsprechend.

Zu Absatz 7

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 körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen ist, ergeben sich für pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 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 wie bisher Selbständigkeit im Vergleich zu altersentsprechend entwickelten Kindern als Maßstab hat, könnten Kinder im Alter bis zu 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 bis zu 18 Monaten wird 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 Wiederholungsbegutachtung erfolgt daher in diesem Zeitraum nur, wenn relevante Änderungen zu erwarten sind (z. B. durch eine erfolgreiche Operation einer Lippen-/Kiefer-/Gaumenspalte). Damit wird sichergestellt, dass pflegebedürftige Kinder im Alter von 18 Monate 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 § 16

Die bisherige Verordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit nach § 16 wird neu gefasst und an die Aufgaben in § 17 in der Fassung ab dem 1. Januar 2017 angepasst. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit von der Verordnungsermächtigung Gebrauch macht, geht diese Regelung den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1 vor.

Zu Nummer 8 (§ 17)

Zu Buchstabe a

In § 14 Absatz 2 werden die für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigenden Bereiche und Merkmale benannt und in § 15 Absatz 2 bis 7 die für die Begutachtung, die darauf aufbauende Bewertungssystematik und damit die für den Leistungszugang wesentlichen Vorgaben (Festlegung der Gewichtungen der Bereiche/Module und der Bewertungssystematik, Beschreibung möglicher besonderer Bedarfskonstellationen sowie Regelungen zur Begutachtung von Kindern) getroffen. Weitere Einzelheiten, insbesondere zum Begutachtungsinstrument, z. B. Einzelpunkte, Summe der Punkte und gewichtete Punkte sowie Berechnungsregeln, werden in den Anlagen 1 und 2 zu § 15 konkretisiert. § 17 Absatz 1 wird dementsprechend angepasst. Danach erhält der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Aufgabe, in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 pflegefachliche Konkretisierungen der Inhalte des Begutachtungsinstruments und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorzunehmen, um eine einheitliche Rechtsanwendung in der Begutachtungspraxis zu erreichen. Die pflegefachliche Konkretisierung betrifft insbesondere die pflegefachlichen Beschreibungen der Kriterien des § 14 Absatz 2 für die Zwecke des Begutachtungsinstruments, für die Erstellung des Begutachtungsformulars sowie das Erstellen von entsprechenden, der dafür erforderlichen Ausfüllanleitungen und Manuale auf pflegefachlicher Basis. Die pflegefachliche Konkretisierung dient unter anderem auch der Schulung der Gutachter und der Erstellung der entsprechenden technischen Umsetzung der Begutachtungs-Software.

Die Kompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Erlass von Richtlinien zum Begutachtungsinstrument und zum Begutachtungsverfahren wird damit an die neuen

Grundlagen und Elemente des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Festlegungen zum Begutachtungsverfahren nach den §§ 14, 15 und 18 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung angepasst. Für die erstmalige Erstellung der Begutachtungs-Richtlinien ist in § 17a eine verbindliche Fristvorgabe gesetzt. Die Vorschriften über Beteiligungsrechte werden entsprechend der in anderen Bereichen für Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen geltenden Regelungen weiterentwickelt. Die bisherigen Härtefall-Regelungen und damit die Notwendigkeit für die Erstellung entsprechender Richtlinien entfallen. An ihre Stelle treten in § 15 Absatz 4 die neuen Bestimmungen zu Pflegebedürftigen mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen.

In § 17a, der durch das am 25. Juli 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) eingeführt wurde, wurde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereits ermächtigt, die Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 17 zu ändern und dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von neun Monaten nach Inkrafttreten der Regelung zur Genehmigung vorzulegen. Damit wurde dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermöglicht, die pflegefachlichen Vorarbeiten für die neuen Begutachtungs-Richtlinien bereits vor Inkrafttreten dieses Gesetzes zu beginnen, um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorzubereiten. Diese Aufgabenstellung wird mit der neuen Fassung des § 17 Absatz 1 fortgeführt.

Zu Nummer 9 (§ 17a)

§ 17a wurde eingeführt, um die Einführung des neuen Begutachtungsinstruments durch frühzeitige Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien rechtzeitig vorzubereiten. Mit Inkrafttreten der neuen Fassung von § 17 wird diese Regelung entbehrlich und wird daher aufgehoben.

Zu Nummer 10 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA.

Zu Doppelbuchstabe bb

Satz 2 wird neu gefasst als Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA und setzt dabei zwei Änderungen gegenüber der bisherigen Regelung um: Einerseits entspricht der Satz in der neuen Fassung der Definition des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und stellt insofern das Verhältnis zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades nach den §§ 14 und 15 dar, 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 NBA 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 (Pflegeplanung) leisten, weil es umfassende und differenzierte Informationen zur Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zur Verfügung stellt. Diese Informationen sollen insbesondere sowohl im Rahmen der umfassenden Beratung und der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a als auch des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 SGB V Berücksichtigung finden.

Das Begutachtungsverfahren kann zwar die Pflege- oder Versorgungsplanung nicht ersetzen, die umfassende und differenzierte Informationserfassung durch das neue Begutachtungsinstrument im Begutachtungsverfahren dient jedoch den Pflegebedürftigen und kann die Pflegekräfte in ihrer täglichen Arbeit unterstützen. Es ist daher angemessen, dass den Antragstellern mit der Zusendung des Bescheides durch die Pflegekasse auch das Gutachten des MDK übersandt wird und frühzeitig – d. h. bereits bei der Begutachtung – auf die Bedeutung des Gutachtens für die Pflege- und Versorgungsplanung und Gestaltung der Versorgung hingewiesen wird. Die Übersendung darf 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. Zur Stärkung der Souveränität der Versicherten ist das Ergebnis des Gutachtens für den Versicherten transparent darzustellen und verständlich zu erläutern. Um die Umsetzung dieser Transparenz sicherzustellen, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 auch Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens zu regeln. Dabei sind die Belange des Datenschutzes besonders zu beachten. Dabei soll er auch bestehende wissenschaftliche Erkenntnisse zur patientenorientierten Darstellung von medizinischen und pflegerischen Sachverhalten sowie im Rahmen der Beteiligungsregelung des § 17 Absatz 1 insbesondere auch die Erfahrungen der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen mit einbeziehen.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, dass sich die Einschränkung hinsichtlich der Anwendung von Satz 1 auf Antragsteller in vollstationärer Pflege bezieht. Im Übrigen wird eine Folgeänderung aufgrund der 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 NBA wurden neben den in § 14 Absatz 2 aufgezählten sechs Bereichen, in denen der Schweregrad der individuellen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt wird, zwei weitere Bereiche als Module sieben und acht entwickelt. Diese Module beinhalten weitere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen: außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung. Die Erhebung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder deren Fähigkeiten anhand der in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien umfasst auch diejenigen Kriterien, die zu Beeinträchtigungen der außerhäuslichen Aktivitäten oder der Haushaltsführung führen. Daher werden für diese beiden Bereiche keine Punkte vergeben und sie werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht berücksichtigt, weil die gleiche Beeinträchtigung sonst doppelt berücksichtigt würde. So führt eine Beeinträchtigung bei der Mobilität in aller Regel auch dazu, dass selbständiges Einkaufen erschwert ist. Die in diesen beiden Bereichen erhobenen Kriterien 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 oder der Fähigkeiten 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 Kriterien als inhaltliche Bestandteile der Begutachtung zu betrachten und in den Richtlinien des Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1 pflegefachlich zu konkretisieren.

Zu Nummer 11 (§ 19)

Zu Buchstabe a

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen neu zu regeln. Unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umfasst Pflege im Sinne der Vorschrift alle pflegerischen Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Hierzu zählen somit künftig auch pflegerische Maßnahmen in Form von Betreuungsmaßnahmen.

Um zu gewährleisten, dass geringfügige, gelegentliche oder alltägliche Unterstützungsleistungen nicht bereits Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung auslösen (beispielsweise ein einmaliger wöchentlicher Einkauf für den Pflegebedürftigen oder gelegentliche Betreuung), wird weiterhin eine maßvolle Mindestanforderung an den pflegerischen Aufwand der Pflegeperson vorgesehen. Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.

Zu Buchstabe b

Es wird widerlegbar vermutet, dass der erforderliche Umfang der nicht erwerbsmäßigen Pflege für den Pflegegrad 1 weniger als zehn Stunden wöchentlich beträgt und ein darüber hinaus gehender Umfang der nicht erwerbsmäßigen Pflege erst ab Pflegegrad 2 einsetzt. Vor diesem Hintergrund setzt eine Absicherung von Pflegepersonen in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung mindestens den Pflegegrad 2 voraus und knüpft daran an, dass die Pflegetätigkeit wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche umfasst. Auch die Unfallversicherung knüpft entsprechend den Regelungen zur Zahlung von Pflegesachleistungen und Pflegegeld an diese zeitliche Voraussetzung an. Diese zeitliche Voraussetzung an den Umfang der relevanten Pflegetätigkeit ist ebenso für eine am Gesetzesziel orientierte Auslegung von arbeitsrechtlichen Ansprüchen auf Pflegezeit von Bedeutung.

Zu Nummer 12 (§ 23)

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

Zu Nummer 13 (§ 28)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der 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. Gleichzeitig wird für den Anspruch die Bezeichnung *Umwandlungsanspruch* eingeführt.

Zu Doppelbuchstabe cc

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

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der 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 Regelung in Absatz 4 Satz 2, die zudem nur als Soll-Vorschrift verfasst ist, aufzuheben.

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

Zu Nummer 14 (§ 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 Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, vgl. § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1) zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich zu hinterlegen.

Die Beeinträchtigungen von Personen im Pflegegrad 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 des Pflegegrades 1, 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 können 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 z. B. 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 zusätzliche 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 des SGB XI grundsätzlich auch auf Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 Anwendung. So gelten beispielsweise die Regelungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 18 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 6, § 18a Absatz 1, §§ 31 und 32) oder die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45e) auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

Zu Nummer 15 (§ 33)

Zu Buchstaben a bis c

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der Aufgabe von Pflegestufen, des Wegfalls von Härtefällen und aufgrund der Neueinführung von Pflegegraden.

Zu Nummer 16 (§ 34)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bislang ist das Ruhen der Leistungen bei häuslicher Pflege vorgesehen, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V auch Anspruch auf *Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung* besteht. Die Begriffe Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden im SGB XI mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr verwendet, wobei die bisherigen Leistungsinhalte des § 36 insoweit aber vollständig erhalten bleiben. Zugleich werden die Leistungsinhalte des § 36 im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs inhaltlich erweitert, so dass sie über die Erbringung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung hinausgehen. Deshalb wird die Vorschrift zum Ruhen der Leistungen rein redaktionell angepasst. Eine inhaltliche Änderung ist hiermit nicht verbunden.

Zu Nummer 17 (§ 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 der 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 NBA. Das NBA erhebt in sechs für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit relevanten Bereichen (Modulen) das jeweilige Ausmaß der Selbständigkeit und der Fähigkeiten 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 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) und 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 an Demenz 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).

Soweit der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in das SGB XII und andere Gesetze eingeführt wird, wird der Begriff der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen zur Klärung von Schnittstellen näher zu definieren sein. Ob hierfür ein detaillierter, offener Leistungskatalog erforderlich ist, wo derartige Regelungen verortet werden, und welche Regelungen zur Leistungskonkurrenz erfolgen, wird noch festgelegt.

Der Begriff der körperbezogenen Pflegemaßnahmen bezieht sich insbesondere auf Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Modulen 1 (Mobilität) 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 in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016. 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 in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016), ist die Feststellung von Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei der Haushaltsführung nicht unmittelbar für die Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit relevant. Dies liegt darin begründet, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, 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 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. in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016 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 Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016. 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 des SGB XI.

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 Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten 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.

Die Festlegung der ambulanten Leistungsbeträge ist so vorgenommen worden, dass ihre Höhe der der bisherigen Leistungsbeträge in den korrespondierenden Pflegestufen (z. B. Pflegegrad 2 wie Pflegestufe I) einschließlich der Vorziehleistungen nach § 123 entspricht. Damit wird sichergestellt, dass neben den übergeleiteten Pflegebedürftigen auch alle Neufälle mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zumindest gleich hohe (in der Regel aber höhere) Leistungen erhalten, als bei Fortgeltung des bisherigen Rechts.

Zu Absatz 4

Absatz 4 Satz 1 bis 3 entspricht den bisherigen Regelungen in § 36 Absatz 1 Satz 2 bis 4 in der Fassung bis zum 31. Dezember 2016, 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 18 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um notwendige Folgeänderungen, die sich aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Einführung der fünf Pflegegrade ergeben. Begrifflich wird an die Neuregelung der Pflegesachleistung in § 36 angeknüpft und diese inhaltlich nachvollzogen. D. h., 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 Leistungsbeträgen in den Jahren 2008, 2010, 2012 und 2015 zu streichen.

Durch die Anpassung wird zudem klargestellt, dass die Pflegegeldleistung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 geöffnet ist.

Zu Buchstabe b

Die Überarbeitung wird dazu genutzt, die Regelung zu den Beratungsbesuchen nach Absatz 3 behutsam weiterzuentwickeln, um sie an die Erfordernisse anzupassen, die sich aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff 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 Pflegebedürftigkeitsbegriffs zudem inhaltlich zu verbreitern. Bislang war die pflegefachliche Beratung – entsprechend dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff – 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 Pflegebedürftigkeitsbegriff 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 Betreu-

ungsbedarfen 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 Pflegebedürftigkeitsbegriff umschrieben sind. Die Beratungsbesuche sollen 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 Absatz 3 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 aufgrund der 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 Pflegebedürftigkeitsbegriff 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 Pflegebedürftigkeitsbegriffs erforderlichen Kompetenzen eine neue Anerkennung nach Absatz 7 erhalten.

Zu Buchstabe c

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 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 unparteiische 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. Durch 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 aktuelle Empfehlungen 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 Empfehlungen 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 d

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

Zu Nummer 19 (§ 38)

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 Nummer 20 (§ 38a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der 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 aufgrund 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, einschließlich der Leistungen der teilstationären Pflege, 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. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll dazu im Einzelfall prüfen, ob die Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege erforderlich ist, damit der betreffende Pflegebedürftige alle von ihm individuell benötigten körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in ausreichendem Umfang erhält. Bei der Prüfung sind sämtliche in der ambulant betreuten Wohngruppe durch die Präsenzkraft ge-

mäß § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie den ambulanten Pflegedienst erbrachten Leistungen sowie etwaiger Entlastungsbedarf anderer Mitglieder der Wohngruppe (z. B. bei Störungen des Tages- und Nachtrhythmus) zu berücksichtigen.

Zu Nummer 21 (§ 39)

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 Nummer 22 (§ 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 eröffnet 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 Pflegebedürftigkeitsbegriff, 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 Pflegebedürftigkeitsbegriff 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 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 eröffnet. 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 eröffnet sind.

Zu Nummer 23 (§ 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 insbesondere auch auf aktivierende Pflege ausgerichtet sein.

Zu Buchstabe b

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 (vgl. Nummer 20 zu Buchstabe b).

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

Zu Nummer 24 (§ 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 eröffnet ist. Die Leistung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ist im neuen 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 Pflegebedürftigkeitsbegriff, 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 vollstationären Leistungsbeträge werden in ihrer Höhe so zueinander gestaffelt, dass sie zusammen mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 84 im Durchschnitt den in der vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragten Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen.

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 Pflegebedürftigkeitsbegriff 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 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 oder der Fähigkeiten 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 Härtefälle 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.

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, d. h., sie erhalten 80 Prozent des in Absatz 3 genannten Betrages.

Zu Nummer 25 (§ 43a)

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

Zu Nummer 26 (§ 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. Der Anspruch ist inhaltlich nicht geändert gegenüber dem Inhalt des bisherigen § 87b. Das heißt, er zielt im Ergebnis darauf ab, zusätzliches Personal für dieses Betreuungsangebot in den Einrichtungen bereit zu stellen. Die Besonderheit der Leistung nach § 43b liegt demnach darin, dass sie von zusätzlichen Betreuungskräften unter vollständiger Finanzierung durch die Pflegeversicherung erbracht wird. Zusätzliche Kostenbelastungen anderer Kostenträger, insbesondere der Sozialhilfeträger, sind trotz der Gestaltung als Individualanspruch mithin ausgeschlossen. Die regelhaft zu erbringenden Leistungen der Betreuung nach den §§ 41 bis 43 (bisher soziale Betreuung) bleiben davon unberührt und werden nicht auf die zusätzlichen Betreuungskräfte verlagert.

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 geregelt.

Zu Nummer 27 (§ 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. Alle Personen, die nicht erwerbsmäßig eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegeperson im Sinne des § 19), haben grundsätzlich einen Anspruch auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen, wenn für diesen mindestens Pflegegrad 2 festgestellt wurde. Es ist Aufgabe des MDK oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten unabhängigen Gutachters, das Vorliegen der Voraussetzungen zu ermitteln. Der Begriff *Pflege* wird dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend so verstanden, dass er alle pflegerischen Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung umfasst. Umfasst sind künftig

auch pflegerische Maßnahmen in Form von Betreuungsmaßnahmen. Diese werden somit auch bei der Ermittlung der Zehn-Stunden-Grenze berücksichtigt. Voraussetzung ist zudem weiterhin, dass die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. 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 (sog. Mehrfachpflege), muss zudem für jede benannte Pflegeperson eine gutachterliche Aussage dazu getroffen werden, welchen Anteil der erforderlichen Pflege sie für den Pflegebedürftigen erbringt, um so den jeweils zustehenden relativen Anteil des Rentenbeitrags berechnen bzw. zuordnen zu können. Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson auch bei Mehrfachpflege nur, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen insgesamt wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Um auszuschließen, dass eine nur in sehr geringem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeit einer Pflegeperson bereits zu einer Beitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung führt, 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. Da es sich bei der Ermittlung des Gesamtpflegeaufwands um den Umfang der zu leistenden Pflegetätigkeit von Pflegepersonen im Sinne des § 19 handelt, bleiben die Anteile gewerblicher Anbieter an der Pflege unberücksichtigt. Für das Erreichen dieses prozentualen Mindestpflegeaufwandes von mindestens 30 Prozent können für eine Pflegeperson auch anteilige Pflegetätigkeiten bei anderen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 hinzugerechnet werden (addierter Mindestpflegeaufwand).

Zudem wird klargestellt, dass die Feststellungen zum erbrachten Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle trifft. Dabei handelt es sich insbesondere um den ermittelten Umfang der von der Pflegeperson erbrachten Pflege, auf deren Basis über das Vorliegen der Versicherungspflicht durch die Rentenversicherung entschieden wird. Auf Wunsch erhält die Pflegeperson die sie betreffenden Feststellungen zum Pflegeaufwand. Dadurch wird sie in die Lage versetzt, die Feststellungen zeitnah während der aktuellen Pflegesituation nachzuvollziehen und ggf. bei der Pflegekasse eine Korrektur anzustrengen. Auf diese Weise können streitige Sachverhalte zur Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson und damit Verwaltungsaufwand beim Rentenversicherungsträger reduziert werden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des Absatzes 1.

Zu Buchstabe c

Zur besseren Übersichtlichkeit wird der an die neu geregelten Voraussetzungen angepasste bisherige Satz 6 des Absatzes 1 in einen neuen Absatz 2a überführt. Der Wegfall der bisherigen Aufzählung verschiedener Paragraphen des Siebten Buches Sozialgesetzbuch hat nur redaktionelle Bedeutung.

Die Regelungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen befinden sich somit künftig für das Sechste Buch Sozialgesetzbuch (Rentenversicherung) insbesondere in Absatz 1, für das Siebte Buch Sozialgesetzbuch (Unfallversicherung) in Absatz 2a und für das Dritte Buch Sozialgesetzbuch (Arbeitsförderung) in einem neuen Absatz 2b. In Absatz 2b wird die Versicherungspflicht von Pflegepersonen in der Arbeitsförderung im SGB XI verankert. Pflegepersonen im Sinne des § 19 sind künftig unter den Voraussetzungen des § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig und damit in das Leistungssystem der Arbeitsförderung einbezogen.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einbeziehung von Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine Folgeänderung bedingt durch die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des Absatzes 1 sowie um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 166 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einbeziehung von Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Buchstabe e

Zu Satz 1

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Änderung des Absatzes 1 und der Einbeziehung von Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch sowie um eine Rechtsbereinigung, bedingt durch Zeitablauf.

Zu Satz 2

Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen entrichten unter den Voraussetzungen des § 44 Absatz 1 Satz 1 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 Sozialgesetzbuch 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, z. B. 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. Aufgrund der künftigen Einbeziehung von Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch gelten die Mitteilungspflichten der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen der Meldetatbestände an die Beihilfestellen oder den Dienstherrn entsprechend, soweit diese Einfluss auf die Versicherungs- und Beitragspflicht in der Arbeitsförderung haben.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Änderung des Absatzes 1 der Änderung des § 19 Satz 2, sowie der Einbeziehung von Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 28 (§ 44a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einbeziehung von Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 29 (Fünfter Abschnitt des Vierten Kapitels; §§ 45a bis 45d)

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 Pflegebedürftigkeitsbegriff 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. Mit *Angeboten zur Entlastung von Pflegenden* sind dabei Angebote gemeint, die sich gezielt auf die Unterstützung der Betroffenen in ihrer Eigenschaft als Pflegepersonen ausrichten, z. B. in Form einer kontinuierlichen qualifizierten Pflegebegleitung oder als feste Ansprechpartner in Notsituationen, nicht die Angebote, die eine Entlastung der Pflegepersonen als – durchaus gewünschten – Reflex ihrer Wirkung erreichen wie z. B.

Betreuungsangebote. 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 insbesondere – aber nicht nur – 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. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept fortzuschreiben, bei Änderungen hinsichtlich der in Rechnung gestellten Kosten eine entsprechende Aktualisierung vorzunehmen. Die Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten ist der zuständigen Stelle jeweils nach Maßgabe der entsprechenden Regelungen des Landesrechts zu übermitteln. Das Nähere bestimmen die Länder nach dem neuen Absatz 3 per Rechtsverordnung. Wie bisher sind die Länder dabei ermächtigt, sowohl separate Anerkennungsvoraussetzungen für bestimmte Angebotsarten festzuschreiben als auch einheitliche Kriterien festzulegen, die alle Angebote erfüllen müssen. Ein alle Angebote betreffendes Kriterium ist beispielsweise das Vorhalten eines ausreichenden Versicherungsschutzes im Rahmen der ausgeübten Tätigkeiten. Im neuen § 45a Absatz 2 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 an Demenz erkrankt sind, entsprechende Kenntnisse gerade hierfür erwerben müssen. 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). Gesetzliche Bestimmungen sind vollumfänglich einzuhalten (siehe auch Bundestagsdrucksache 18/1798, Seite 37).

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. Die Betreuungsangebote und die verschiedenen Entlastungsangebote können dabei wie bislang sowohl jeweils eine separate Anerkennung nach dem jeweiligen Landesrecht erhalten als auch – bei Vorliegen eines integrierten Angebots sowohl von Betreu-

ung als auch von Entlastung – eine gemeinsame Anerkennung als Betreuungs- und Entlastungsangebot im Sinne eines umfassenden Angebots zur Unterstützung im Alltag. Die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene unter Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder beschlossenen Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 sollen bei der Erarbeitung der landesrechtlichen Regelungen zur Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag berücksichtigt werden, dies gilt auch nach der Neustrukturierung des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels.

Die Ermächtigung der Landesregierungen nach § 45a Absatz 3 enthält keine Ermächtigung zur Erhebung personenbezogener Daten.

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 Höchstleistungsbetrags nach § 36 – 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 § 45a Absatz 4 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.

Der Entlastungsbetrag soll Menschen, die als Pflegepersonen Verantwortung übernehmen und im Pflegealltag oftmals großen Belastungen ausgesetzt sind, Möglichkeiten zur Entlastung eröffnen. Außerdem sollen die Leistungen, für die der Entlastungsbetrag eingesetzt wird, darauf ausgerichtet sein, den Pflegebedürftigen Hilfestellungen zu geben, die ihre Fähigkeit zur selbständigen und selbstbestimmten Gestaltung des Alltags fördern. Auf diese Zielsetzungen soll bei der Leistungserbringung besonderer Wert gelegt werden.

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 – im Kern wie bereits bisher – für Leistungen, die in Bezug auf den Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung (bislang: *Grundpflege*; nun: Selbstversorgung im Sinne des neuen § 14 Absatz 2) erbracht werden. Die entsprechende Beschränkung folgt der Empfehlung des Expertenbeirates zur

konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 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 im Bereich von pflegerischer Betreuung und von Hilfen bei der Haushaltsführung erreicht werden. Um den Bedarf an Leistungen im Zusammenhang mit dem Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung (als Kernbereich der bisherigen *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, z. B. weil sie alleinlebend sind, hat er jedoch gleichwohl eine Kostenerstattung auch für Leistungen der Grundpflege empfohlen. Dementsprechend gilt die Herausnahme von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung im Sinne des neuen § 14 Absatz 2 aus § 45b 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 im Bereich der Selbstversorgung 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.

Auch wenn die Inhalte der Leistungen und die Obergrenze der von den Versicherten hierfür zu entrichtenden Vergütungen im Rahmen des § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 aus § 36 abgeleitet werden, bleibt es dabei, dass es sich um einen Kostenerstattungsanspruch handelt. Die Pflegebedürftigen müssen – auch um jederzeit einen Überblick über die bezogenen Leistungen und die Höhe des Entlastungsbetrags, der ihnen noch zur Verfügung steht, zu behalten – eine aussagefähige Rechnung sowie ggf. Quittung erhalten, die sie bei ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen zwecks Kostenerstattung einreichen können. Aus der Rechnung muss dabei auch ersichtlich sein, ob und in welchem Umfang im Rahmen der Leistungserbringung nach § 45b ebenfalls Leistungen im Bereich der Selbstversorgung erbracht und abgerechnet werden. Die zivilrechtlich gegebenen Möglichkeiten zur Bevollmächtigung oder Abtretung bleiben unberührt, entbinden aber nicht von der umfassenden Information der Anspruchsberechtigten über die Leistungen, für die eine Kostenerstattung beantragt wird.

Der Antrag auf Kostenerstattung muss dabei wie bisher bei der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen nicht bereits vor Beginn des Bezugs von Leistungen nach § 45b gestellt werden. Ausreichend ist vielmehr eine Antragstellung zusammen mit der Einreichung der Belege zu den entstandenen Aufwendungen, auch wenn der Anfall der Kosten, deren Erstattung beantragt wird, in der Vergangenheit liegt und vor der (erstmaligen) Beantragung zunächst einige Belege gesammelt worden sind. Eine Erstattung von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen vor dem grundsätzlichen Bestehen einer Anspruchsberechtigung auf den Entlastungsbetrag nach Absatz 1 entstanden sind, bleibt dabei wie bisher ausgeschlossen.

Bei Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege ist eine Differenzierung danach, ob es sich um Aufwendungen für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung handelt, nicht geboten, da es sich in der teil- und vollstationären Pflege jeweils um einheitliche Gesamtleistungen handelt, die eine Trennung nach Leistungen im Bereich der körperbezogener Selbstversorgung und solchen im Bereich anderer pflegerischer Maßnahmen 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 Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags beitragen. Gegenüber der bisherigen Rechtslage erfolgt also keine Änderung.

Die Leistungen nach § 45b finden gemäß § 13 Absatz 3a bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 weiterhin keine Berücksichtigung.

Der Entlastungsbetrag ist gemäß § 45b Absatz 1 Satz 2 zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Wie auch vom Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs empfohlen (vgl. Abschlussbericht des Expertenbeirats vom 27. Juni 2013, Seite 35), soll hiermit eine Leistung vorgesehen werden, die speziell die Belange der Pflegepersonen adressiert. Sie soll angesichts der Belastungen, die mit der Übernahme von Verantwortung für einen Pflegebedürftigen verbunden sind, einen Anreiz geben, sich tatsächlich zu entlasten. Entsprechende Entlastungen des umgebenden Pflegesettings sind im Recht der Sozialhilfe im Bereich der Hilfe zur Pflege nicht so ausgeprägt. Die Fürsorgeleistungen nach dem Zwölften Buch dienen im Grundsatz dazu, die individuellen Bedarfe des Pflegebedürftigen selbst abzudecken. Der weitere Zweck des Entlastungsbetrags liegt darin, dem Pflegebedürftigen Unterstützungsleistungen durch qualitätsgesicherte Angebote zu eröffnen, mit deren Hilfe er seinen Alltag (wieder) möglichst eigenständig selbst bewältigen kann. Auch diese Hilfestellungen bewirken damit eine Entlastung der Pflegepersonen sowie natürlich ebenfalls eine Stärkung der Pflegebedürftigen selbst. Es erfolgt also auch insoweit eine Unterstützung, die in dieser Form nicht den üblichen Regelleistungen entspricht. Im Übrigen wird vielfach auch deswegen kein Bedürfnis für darüber hinaus gehende Leistungen bestehen, weil bei den Betroffenen eine entsprechende Bedarfsdeckung typischerweise mit der Leistung nach § 45b wird finanziert werden können.

Dies gilt auch bei Pflegebedürftigen des Pflegegrads 1, die nur beschränkten Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung haben. Dies liegt vornehmlich daran, dass der Hilfebedarf bei Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 nicht sehr hoch ist. Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist zudem davon ausgegangen, dass ein großer Teil des Hilfebedarfs über Angehörige und andere privat Pflegende aufgefangen werden wird. Er hat deshalb die Ermöglichung einer Kostenerstattung auch nur in Höhe von 100 Euro monatlich empfohlen (siehe den Abschlussbericht vom 27. Juni 2013, Seiten 42 und 43). Der jetzt vorgesehene Entlastungsbetrag liegt mit 125 Euro bereits über diesem Betrag und dürfte auch deshalb auskömmlich sein, weil dem Pflegegrad 1 vorwiegend somatisch beeinträchtigte Menschen zugeordnet sind, die keinen Betreuungsbedarf aufweisen, sondern Hilfen vor allem im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Zudem gewährt die Pflegeversicherung eine Reihe präventiver Leistungen, die dabei helfen sollen, die Abhängigkeit von fremder Hilfe im Pflegegrad 1 noch weiter zu reduzieren. Hierbei handelt es sich beispielsweise um regelmäßige qualifizierte Beratungsmöglichkeiten in der eigenen Häuslichkeit, die Zurverfügungstellung von Pflegehilfsmitteln sowie die Gewährung von Zuschüssen zur Verbesserung des Wohnumfelds (siehe im Einzelnen § 28a).

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.

Die bisher in § 45d Absatz 1 unter der Paragraphen-Überschrift *Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe* geregelte Verwendbarkeit der Fördermittel nach § 45c *zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben* wird bei der Überführung in § 45c Absatz 1 und 4 sprachlich behutsam angepasst. Mit der Formulierung, dass gemäß § 45c eine Förderung *des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen* erfolgt, ist jedoch keine Änderung der Fördermöglichkeiten verbunden. Hinsichtlich der ehrenamtlichen Strukturen sollen weiterhin Impulse sowohl zum Aufbau als auch zum Ausbau gesetzt werden. Außerdem sollen die ehrenamtlichen Strukturen in ihrem Bestand gestärkt werden, also auch eine laufende Unterstützung der ehrenamtlichen Initiativen möglich sein.

Ebenso wenig ändern sich die bereits bislang gemäß § 45c bestehenden Fördermöglichkeiten zum Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten. Diese Angebote werden nun mit dem neuen Begriff der *Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a* bezeichnet.

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 wirksamen 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.

Soweit im Rahmen der geförderten Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese wie bislang nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen oder – bei fehlender Einwilligungsfähigkeit – seines gesetzlichen Vertreters erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Die bisherigen Absätze 6 und 7 des § 45c werden zu Absatz 7 und 8. Hinsichtlich der Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach § 45c Absatz 7 beschließt, wird geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung zu diesen Empfehlungen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erteilt, soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind. Im Übrigen bleibt der Inhalt der Regelungen 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. Keine Änderung findet auch in der Hinsicht statt, dass bei der Durchführung der Förderung die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet werden (vgl. Bundestagsdrucksache 17/9369, Seite 42).

Zu Nummer 30 (§ 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 dann zu Zuwächsen, die über die tatsächliche Verwaltungstätigkeit hinausgehen. Vor diesem Hintergrund ist der bei unveränderter Berechnungsformel sich ergebende Mehrerstattungsbetrag dauerhaft zu hoch.

Zu Nummer 31 (§ 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, im Wesentlichen inhaltlich unverändert als neuer § 53c in das Fünfte Kapitel integriert. Die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene erhalten ein Anhörungsrecht.

Zu Nummer 32 (§ 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 33 (§ 65)

Dem Bundesversicherungsamt obliegt gemäß den §§ 65 ff. die Aufgabe der Verwaltung des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung sowie der Durchführung des Finanzausgleichs.

Außerdem sind dem Bundesversicherungsamt durch Gesetz eine Reihe weiterer Aufgaben in der sozialen Pflegeversicherung zugewiesen (vgl. die §§ 8, 45c, e und f, 7c, 114a Absatz 5).

Da es sich bei den vorgenannten Aufgaben nicht um die nach den §§ 87, 90 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch typischerweise dem Bundesversicherungsamt obliegenden Aufgaben aus Aufsichtstätigkeit handelt, sondern um sonstige Verwaltungsaufgaben, für die der Gesetzgeber in vergleichbaren Fällen eine Refinanzierung der Sach- und Personalkosten vorgesehen hat (vgl. z. B. §§ 271 Absatz 6, 137g Absatz 1, 274 Absatz 2 SGB V sowie § 181 Absatz 5 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch), ist aus systematischen Gründen eine Gleichbehandlung des Ausgleichsfonds in dieser Hinsicht geboten.

Zu Nummer 34 (§ 75)

Zu Buchstabe a

Die Gesetzesänderung steht in einem engen Zusammenhang mit dem Paradigmenwechsel durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und erfolgt aufgrund der damit verbundenen

Umstellung von den Pflegestufen auf die Pflegegrade. In den Landesrahmenverträgen sind dazu 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 NBA – *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 des Grundgesetzes). 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 35 (§ 82)

Die Neufassung stellt klar, dass die Pflegevergütung für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen auch die Betreuung umfasst.

Zu Nummer 36 (§ 84)

Zu Buchstabe a

Die Änderung folgt der angepassten Formulierung im Leistungsrecht in den geänderten §§ 41 bis 43 und ist redaktioneller Art.

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 unterschieden. An dem grundsätzlichen Erfordernis der Leistungsgerechtigkeit der zu vereinbarenden Pflegesätze wird hierbei unverändert festgehalten. Durch die Änderung im Leistungsrecht entfällt auch die Regelung für Härtefälle.

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 einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen in den Pflegegraden 2 bis 5 wird für die finanzielle Planung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Sicherheit geschaffen. Für sie ergibt sich eine Vereinfachung der Vergleichbarkeit und der individuellen Kalkulation. Die Entwicklung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile ist auch Gegenstand des Monitoringprogramms nach § 18c.

Zu Buchstabe c

Entsprechend der leistungsrechtlichen Integration der bisher in § 87b geregelten zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen 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. Bisherige Vereinbarungen nach § 87b behalten damit inhaltlich gleichbleibend ihre Gültigkeit. 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 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.

Siehe ergänzend die folgende Begründung zu § 85.

Zu Nummer 37 (§ 85)

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 Sozialgesetzbuch 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.

Die weiteren vertragsrechtlichen Voraussetzungen zur Vereinbarung der Vergütungszuschläge nach § 87b werden inhaltlich unverändert übernommen und beibehalten durch eine Integration in die Regelung der Vorschriften zur Vergütung der stationären Pflegeleistungen.

Siehe dazu ergänzend die vorstehende Begründung zur Änderung des § 84 Buchstabe c.

Zu Nummer 38 (§ 87a)

Zu Buchstabe a

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 39 (§ 87b)

Siehe die Begründung zu den Änderungen der §§ 43b, 53c, 84 Absatz 8 und 85 Absatz 8.

Zu Nummer 40 (§ 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 41 (§ 90)

Die Änderung folgt der Neufassung des § 36.

Zu Nummer 42 (§ 94)

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 Nummer 43 (§ 109)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Streichung des Merkmals erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, da diese im Rahmen des NBA 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 44 (§ 112)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung der §§ 41 bis 43.

Zu Nummer 45 (§ 114)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung der §§ 41 bis 43 und zu § 43b.

Zu Nummer 46 (§§ 122 bis 124)

Die bisher in § 122 enthaltenen Übergangsregelungen werden im Rahmen der Einführung eines neuen Fünfzehnten Kapitels zu Überleitungs- und Übergangsregelungen in den neuen § 144 übertragen. Die bislang in Absatz 1 und 2 enthaltenen Übergangsregelungen, die aufgrund Zeitablaufs nicht mehr benötigt werden, werden dabei zur Rechtsbereinigung aufgehoben. Der bisherige § 122 Absatz 3 wird § 144 Absatz 1.

Bei den geltenden Regelungen der §§ 123 und 124 handelt es sich um Übergangsregelungen, die im Zeitraum bis zur Einführung eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, verbesserte Leistungen für Menschen mit erheblich 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 Pflegebedürftigkeitsbegriffs verknüpft worden. Mit der jetzigen Neuregelung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs müssen diese Regelungen mithin entfallen.

Zu Nummer 47 (§ 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 48 (§ 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 verbesserten Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ermöglicht hat. Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird § 123 aufgehoben. Der entsprechende Verweis in § 126 Satz 2 muss damit ebenfalls aufgehoben werden.

Zu Nummer 49 (§ 127)

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der 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 bisherige Regelung in § 45a gestrichen.

Zu Nummer 50 (Fünfzehntes Kapitel, Überleitungs- und Übergangsrecht)

Es wird ein neues Fünfzehntes Kapitel zur Aufnahme von Überleitungs- und Übergangsvorschriften in das SGB XI aufgenommen.

Zum Ersten Abschnitt

Im Ersten Abschnitt des neuen Fünfzehnten Kapitels werden mit den §§ 140 bis 143 Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade sowie zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren sowie Anpassungen für die private Pflege-Pflichtversicherung und für die ergänzende Pflegekrankenversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des entsprechenden neuen Begutachtungsverfahrens getroffen.

Zu § 140

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 nachfolgende 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 ab dem 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 (§ 141). Zum anderen sollen umfangreiche Neubegutachtungen vermieden werden, um eine Überlastung der MDK 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 SGB XI in der Fassung am 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 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung ist nach Absatz 1 das zum Zeitpunkt der Antragstellung geltende Recht. Anspruchsberechtigt in diesem Sinne sind Versicherte, bei denen Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der Fassung am 31. Dezember 2016 oder eine erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der Fassung am 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 in der Fassung am 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 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 Pflegebedürftige, die zum Umstellungsstichtag anspruchsberechtigt waren, aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden als nach dem bisherigen Recht.

Zu § 141

Kein Leistungsberechtigter, der vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits Leistungen bezogen hat, soll nach der Umstellung betragsmäßig niedrigere Ansprüche erhalten oder einen völligen Verlust von Ansprüchen erleiden. Dies wird im Kern durch die Regelungen in § 140 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 Besitzstandsschutzregelungen 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 dort genannten regelmäßig wiederkehrenden Leistungen, die den Leistungsberechtigten bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das neue Recht zustehen, vom Besitzstandsschutz erfasst sind und dass auch weiterhin ein Anspruch auf diese Leistungen besteht.

Der Besitzstand bezieht sich auf die monatlich regelmäßig wiederkehrenden Leistungen. Bei einmaligen Leistungen, wie z. B. Zuschüssen zu 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, finden Anwendung.

Der 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 SGB XI nachvollzogen hat. Verbindliche Vorgaben kann der Bundesgesetzgeber dem Landesbeihilferecht allerdings nicht machen, weil ihm die Gesetzgebungszuständigkeit hierfür fehlt.

Der Besitzstandsschutz bleibt auch dann erhalten, wenn eine pflegebedürftige Person den Versicherungsträger wechselt, also beim Wechsel von Pflegekasse zu Pflegekasse, von Versicherungsunternehmen zu Versicherungsunternehmen, von sozialer zu privater Pflegeversicherung oder von privater zu sozialer Pflegeversicherung.

Für alle in Absatz 1 Satz 1 bis 3 aufgeführten Fälle des Besitzstandsschutzes gilt: Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug unmittelbar vor Inkrafttreten des neuen Rechts sind für die Gewährung des Besitzstandsschutzes ohne Bedeutung, z. B. wenn die Leistungen wegen eines Krankenhausaufenthaltes im Monat vor der Rechtsänderung ruhten. Kurzfristige Unterbrechungen nach Inkrafttreten des neuen Rechts lassen den Besitzstandsschutz ebenfalls unberührt.

Besitzstandsschutz genießen nicht nur die Leistungsbeträge im Dauerrecht des Vierten Kapitels des SGB XI (§§ 28 bis 45d in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung), sondern auch die des Übergangsrechts in den §§ 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung.

Soweit Pflegebedürftige vor der Umstellung auf das neue Recht Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 2.

Für die vollstationäre Pflege ist Absatz 3 einschlägig.

Zu Absatz 2

Durch den Wegfall des bisherigen § 45a sowie der damit zusammenhängenden Regelungen und die Einführung eines für alle Pflegebedürftigen einheitlichen Entlastungsbetrages in § 45b entfällt die Leistung eines erhöhten Betrages wie er bislang in § 45b Absatz 1 Satz 2 vorgesehen war. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die Belange von Versicherten mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nun – anstatt Sonderbestimmungen für sie vorzusehen – bereits im Rahmen der Einstufung in einen Pflegegrad mit einbezogen. Bei der Überleitung in die neuen Pflegegrade wird bei Versicherten mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, zudem gemäß § 140 ein sogenannter doppelter Stufensprung vorgesehen, um die Gleichstellung mit Pflegebedürftigen mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen möglichst weitgehend zu verwirklichen. Hierdurch werden die Versicherten mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Bezug auf ihre Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung bereits in großem Umfang besser gestellt als sie bis zum 31. Dezember 2016 standen. Infolgedessen schlägt sich der Verlust des Differenzbetrages zwischen dem bisherigen erhöhten Betrag in Höhe von 208 Euro monatlich und dem neu eingeführten einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich – das sind 83 Euro monatlich – bei ihnen regelmäßig nicht im Wegfall von Leistungen nieder.

Stehen sich die Versicherten, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben, nach dem für sie ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht trotz des sog. doppelten Stufensprungs nach §

140 in Bezug auf einen der ihnen nach § 36 oder § 37 oder § 41 zustehenden Ansprüche jedoch nicht um mindestens jeweils 83 Euro monatlich besser, so erhalten sie Besitzstandsschutz. Die Vorschrift des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung ist dabei in die vergleichende Betrachtung mit einzubeziehen.

Zur Vereinfachung für die Anspruchsberechtigten und die Rechtsanwender wird dieser Besitzstandsschutz nicht durch Aufrechterhaltung des aus dem bisherigen § 45b folgenden Anspruchs gewährt, sondern durch Gewährung eines Zuschlags auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. Dieser Zuschlag kann ebenso verwendet werden wie der in § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung geregelte Entlastungsbetrag. Der monatliche Zuschlag kann insbesondere ebenso wie der Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 2 flexibel innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen und der nicht verbrauchte Betrag ebenfalls in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Der Zuschlag wird bei Bestehen eines Anspruchs auf den Entlastungsbetrag automatisch gewährt, er muss also nicht gesondert beantragt werden.

Versicherte, die ab dem 1. Januar 2017 – auch unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung – sowohl in Bezug auf den ihnen nach § 36 als auch § 37 als auch § 41 zustehenden Leistungsanspruch im Umfang von mindestens 83 Euro monatlich besser gestellt sind als am 31. Dezember 2016, können ihren bis zur Umstellung praktizierten Leistungsbezug nach Wegfall des erhöhten Betrages hingegen auch ohne Anspruch auf einen Zuschlag unverändert fortführen. Haben sie für den wegfallenden Differenzbetrag bislang Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich der Betreuung oder hauswirtschaftlichen Versorgung oder Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- oder Entlastungsangebote in Anspruch genommen, so können sie hierfür ab dem 1. Januar 2017 ihren höheren Anspruch aus § 36 – ggf. in Verbindung mit dem Umwandlungsanspruch gemäß § 45a Absatz 4 – einsetzen. Haben sie für den Differenzbetrag bislang Leistungen der Tages- oder Nachtpflege bezogen, können sie hierfür ihren höheren Anspruch aus § 41 nutzen. Haben sie den erhöhten Betrag im Jahresverlauf angespart, um hiermit Kosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege zu finanzieren, so können sie ihren höheren Anspruch auf Pflegegeld einsetzen, um einen entsprechenden Betrag anzusparen und hierfür zu nutzen. Im Übrigen kann der höhere Anspruch auf Pflegegeld aufgrund der freien Verwendbarkeit des Pflegegeldes zur Sicherstellung der Pflege auch für alle anderen Leistungsarten eingesetzt werden, die bislang aus dem erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 finanziert werden konnten. Sofern die den Versicherten ab dem 1. Januar 2017 zustehenden Höchstleistungsansprüche nach den §§ 36, 37 und 41 jeweils um mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen am 31. Dezember 2016 zustanden, führt der Wegfall des Differenzbetrages bei ansonsten gleichbleibendem Leistungsbezug somit nicht zum Wegfall eines bisher möglichen Bezugs von Leistungen.

Die Höhe des Zuschlags errechnet sich aus der Differenz zwischen dem am 31. Dezember 2016 geltenden erhöhten Betrag – das sind 208 Euro – und dem Entlastungsbetrag, der jeweils in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung festgelegt ist. Zum 1. Januar 2017 beträgt der Entlastungsbetrag 125 Euro monatlich, so dass der Zuschlag dann bei 83 Euro monatlich liegt. Wird der Entlastungsbetrag in der Folge angehoben, sinkt der Zuschlag entsprechend, so dass stets eine Leistungshöhe von bis zu 208 Euro monatlich für Leistungen nach § 45b erreicht wird.

Versicherte, die nach dieser Vorschrift Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag haben, sind von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen hierüber schriftlich zu informieren. Die Höhe und die Verwendbarkeit des Betrages sind den Versicherten dabei zu erläutern.

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 und dem Pflegesatz in der Folgezeit, z. B. durch eine Anhebung des Pflegesatzes, ist dieser Anstieg vom Pflegebedürftigen zu tragen. Reduziert sich die Differenz z. B. 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 für Pflegepersonen, die als solche schon unmittelbar vor der Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade rentenversichert waren, eine Weiterzahlung von Rentenversicherungsbeiträgen auf Basis des am 31. Dezember 2016 geltenden Rechts ab dem Umstellungszeitpunkt vorgesehen, wenn diese höher sind als nach neuem Recht. Dadurch werden zeitnahe Neubegutachtungen in großer Anzahl vor allem in den Fällen, in denen mehrere Pflegepersonen den Pflegebedürftigen anteilig pflegen, vermieden. Die beitragspflichtigen Einnahmen sowohl nach altem Recht als auch nach neuem Recht knüpfen an einen bestimmten Prozentwert der (dynamischen) Bezugsgröße an. Der Besitzstandsschutz greift, wenn die aus dem jeweiligen Prozentwert der aktuellen Bezugsgröße resultierenden beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (Besitzschutzbetrag) höher sind als die entsprechenden beitragspflichtigen Einnahmen aus § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die Beendigung des Besitzstandsschutzes. Der durch Absatz 4 begründete Besitzstandsschutz für die Pflegepersonen gilt nicht unbegrenzt. Er endet nach Satz 1 Nummer 1 und 2, wenn festgestellt wird (insbesondere auf der Grundlage einer Neubegutachtung oder auf andere Art und Weise, wie z. B. aufgrund einer Änderungsmitteilung durch die Pflegeperson), dass bei der zu pflegenden Person die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach neuem Recht nicht mehr gegeben sind oder bei der Pflegeperson selbst die Voraussetzungen für die Anerkennung als Pflegeperson nach neuem Recht entfallen sind.

Wird im Rahmen einer Begutachtung ein niedrigerer Pflegegrad bei der pflegebedürftigen Person ermittelt als der Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgte, bleibt der höhere Pflegegrad nach § 140 Absatz 3 maßgebend; dies gilt auch im Hinblick auf den Besitzstandsschutz nach Absatz 4 und diesem Absatz. Die Versicherungspflicht und die Beitragsbemessungsgrundlage richten sich also in diesen Fällen nach dem Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgt.

Der Besitzstandsschutz nach Absatz 4 endet nach Absatz 5 Satz 2 auch, wenn sich maßgebende Änderungen im Pflegeverhältnis ergeben. Solche Änderungen wären im Wesentlichen: ein höherer Pflegegrad bei der pflegebedürftigen Person, bei einer pflegebedürftigen Person ändert sich der Status bezüglich Geld,- Kombinations- und Sachleistungsempfänger, es tritt eine Pflegeperson hinzu oder es kommt zu einer Änderung der jeweiligen Pflegequoten bei Mehrfachpflege. Durch die Anwendung des neuen Rechts bei einer wesentlichen Änderung in den Pflegeverhältnissen erfolgt dann eine Gleichstellung mit den Personen, die auch nach neuem Recht pflegen. Die Anwendung neues Rechts bei maßgebenden Änderungen im Pflegeverhältnis ist auch im Hinblick auf die verwaltungstechnische Praktikabilität erforderlich. Solange sich allerdings keine Änderungen in den Pflegeverhältnissen, die schon am 31. Dezember 2016 vorlagen, ergeben und das alte Recht günstiger ist, profitieren die Bestands-Pflegepersonen gegenüber den Neufällen grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung, längstens bis zum Bezug einer Altersvollrente.

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

Auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen in der Unfallversicherung soll nach dem Grundsatz erfolgen, dass durch die Umstellung auf das neue Recht keine Schlechterstellung erfolgt. Daher sieht Absatz 7 vor, dass die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung fortbesteht, sofern sich aus der Anwendung des neuen Rechts hinsichtlich der versicherten Tätigkeit keine günstigeren Ansprüche für die Pflegeperson ergeben. Der Besitzstandsschutz endet nach Satz 3, wenn festgestellt wird, dass bei der zu pflegenden Person die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach neuem Recht nicht mehr gegeben sind.

Zu § 142

Zu Absatz 1

Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 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 kann die Bewilligung von Leistungen zudem befristet werden.

Durch die Übergangsregelung wird das Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen für die Pflegebedürftigen, die nach § 140 Absatz 1 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 bereits ausgesprochene Fristen als überholt zu betrachten und etwa daraufhin vorgesehene Wiederholungsbegutachtungen obsolet geworden.

Durch die Regelung 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 MDS 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 oder 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

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der in Absatz 2 bestimmten Beschränkung der Geltung der Fünf-Wochen-Frist auf diejenigen Anträge, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht. Durch die Verpflichtung zur Benennung unabhängiger Gutachter soll sichergestellt werden, dass bei besonders dringlichem Entscheidungsbedarf zeitnah eine Begutachtung stattfinden kann.

Zu § 143

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist für die private Pflege-Pflichtversicherung und für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, soweit diese an den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 Absatz 1 anknüpft, zu übernehmen. Um zu gewährleisten, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für die private Pflegeversicherung ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der gesetzlichen Regelungen zum 1. Januar 2017 Anwendung findet, wird klargestellt, dass aus diesem Anlass bei den betroffenen Versicherungsverhältnissen eine Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der technischen Berechnungsgrundlagen entsprechend den bestehenden Regelungen (§ 203 des Versicherungsvertragsgesetzes, § 12b des Versicherungsaufsichtsgesetzes) möglich ist.

Zu Absatz 1

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der privaten Pflege-Pflichtversicherung und in den Tarifen der ergänzenden Pflegekrankenversicherung erfolgt privatrechtlich über eine Änderung der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Um sicherzustellen, dass die private Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 23 gleichwertig mit der sozialen Pflegeversicherung bleibt und die ergänzenden Pflegekrankenversicherungstarife nicht ihre Ergänzungsfunktion für die soziale Pflegeversicherung verlieren, erhalten die Versicherungsunternehmen einmalig ein gesondertes Sonderanpassungsrecht zur Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse. Im Rahmen dieses Sonderanpassungsrechts vorgenommene Änderungen müssen sich dabei zwingend nach den Vorgaben des SGB XI richten.

Hierdurch wird Rechtssicherheit für den Versicherungsnehmer geschaffen, dessen private Absicherung für den Pflegefall sich mit Inkrafttreten der Neuregelungen an dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und an den weiteren leistungsrechtlichen Vorgaben dieses Gesetzes orientiert. Mit Blick auf die staatlich geförderte Pflegevorsorge nach den §§ 126 ff. wird durch eine zeitgleiche Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen die Förderfähigkeit der bereits abgeschlossenen Versicherungsverträge sichergestellt. Für alle ergänzenden Pflegekrankenversicherungen, die an den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach den §§ 14 und 15 anknüpfen, wird durch eine zeitgleiche Anpassung zudem gewährleistet, dass

die Leistungen künftig auf die neuen Pflegegrade der sozialen Pflegeversicherung abgestimmt sind und im Pflegefall keine gesonderte Begutachtung erfolgen muss.

Zu Absatz 2

In Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und weiterer leistungsrechtlicher Änderungen entstehen auch für die private Pflegeversicherung Anpassungsbedarfe bei der Prämienkalkulation. Um eine drohende Unterfinanzierung der Tarife zu vermeiden, bis einer der zwei auslösenden Faktoren nach § 12b des Versicherungsaufsichtsgesetzes greift und eine Prämienänderung ermöglicht, erhalten die Versicherungsunternehmen einmalig ein gesondertes Sonderanpassungsrecht zur Änderung der technischen Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Verträge.

Gemäß § 12b Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes können die Prämienänderungen erst in Kraft gesetzt werden, nachdem ein unabhängiger Treuhänder der Prämienänderung zugestimmt hat. Dabei hat der unabhängige Treuhänder gemäß § 12b Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes insbesondere darauf zu achten, dass vorhandene Mittel eines Unternehmens aus der gebildeten Rückstellung für Beitragsrückerstattungen zur Begrenzung von Prämienerhöhungen verwendet werden. Dies gilt insbesondere für die staatlich geförderte Pflegevorsorge.

Zu Absatz 3

Die Regelung verpflichtet das Versicherungsunternehmen, dem Versicherungsnehmer die Anpassungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie eine möglicherweise erforderliche Prämienänderung mindestens einen Monat vor dem Wirksamwerden dieser Änderungen in Textform mitzuteilen. Dabei sollen insbesondere die Unterschiede zu den bisherigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen kenntlich gemacht und die maßgeblichen Gründe für die Anpassungen der Versicherungsbedingungen und der Prämien in verständlicher Sprache nachvollziehbar erläutert werden. Mögliche Handlungsoptionen, wie das Wechseln in einen anderen Tarif des Versicherungsunternehmens unter Mitnahme gebildeter Alterungsrückstellungen sind dem Versicherungsnehmer ebenfalls aufzuzeigen.

Zu Absatz 4

Die Regelung stellt klar, dass gesetzlich oder vertraglich vorgesehene Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers bei Erhöhung der Prämie oder bei Änderung der Versicherungsbedingungen auch gelten, wenn die Anpassungen aufgrund des Sonderanpassungsrechts nach den Absätzen 1 und 2 erfolgen.

Zum Zweiten Abschnitt

Es wird ein Zweiter Abschnitt zur Aufnahme sonstiger Überleitungs- und Übergangsvorschriften geschaffen.

Zu § 144

Zu Absatz 1

Die in Absatz 1 enthaltene Regelung entspricht der bisherigen Übergangsregelung in § 122 Absatz 3. Sie wird im Rahmen der Einführung eines neuen Fünfzehnten Kapitels zu Überleitungs- und Übergangsregelungen in den neuen § 144 übertragen.

Zu Absatz 2

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. Diese wird in den neuen § 144 aufgenommen. Die Betreuungs- und die verschiedenen 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 der Neuregelungen zu den §§ 45a ff. nach dem jeweiligen Landesrecht bereits anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, niedrigschwelligen Entlastungsangebote und niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote gelten daher ab dem 1. Januar 2017 auch ohne neues Anerkennungsverfahren automatisch als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des neuen § 45a. Die Landesregierungen sind ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

Zu Nummer 51 (Anlagen 1 und 2 zu § 15)

In den Anlagen zu § 15 werden die pflegefachlich begründeten Konkretisierungen der Einzelpunkte der Module 1 bis 6 sowie die Darstellung der Bewertungssystematik erläutert, diese dienen der einheitlichen Rechtsanwendung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Die Inhaltsübersicht wird an die Einführung des neuen § 446 angepasst.

Zu Nummer 2 (§ 8)

Es handelt sich um eine Anpassung an die Zielsetzungen und Neuregelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes.

Zu Nummer 3 (§ 18)

Es handelt sich um eine Anpassung an die Zielsetzungen und Neuregelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes.

Zu Nummer 4 (§ 20)

Es handelt sich um eine Anpassung an die Zielsetzungen und Neuregelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes.

Zu Nummer 5 (§ 26)

Den Zielsetzungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes entsprechend wird die soziale Sicherung von Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI in der Arbeitslosenversicherung auf eine neue Grundlage gestellt. Versicherungspflicht besteht künftig – unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – für die gesamte Dauer der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson einen Pflegebedürftigen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Ebenso wie in der gesetzlichen Rentenversicherung können diese Voraussetzungen auch durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger mit mindestens Pflegegrad 2 erfüllt werden. Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die Absicherung in der Arbeitslosenversicherung nicht für Pflegepersonen geöffnet, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen.

Grundgedanke der Versicherungspflicht der Pflegepersonen bleibt nach wie vor, dass sich die Regelung nur auf Personen erstreckt, die vor Aufnahme der Pflegetätigkeit bereits zu dem durch die Arbeitslosenversicherung geschützten Personenkreis gehört haben. Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist deshalb – entsprechend den vergleichbaren Regelungen für sonstige Versicherungspflichtige –, dass die Betroffenen unmittelbar vor Beginn der Pflege versicherungspflichtig zur Arbeitsförderung waren oder Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch hatten.

Die verbesserte Absicherung von Pflegepersonen dient arbeitsmarktpolitischen Interessen. Durch die Stärkung des Versicherungsschutzes bei Arbeitslosigkeit werden Übergänge zwi-

schen zwei Erwerbsphasen sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf besser abgesichert und damit flexibilisiert. Insoweit trägt die Übernahme des Versicherungsrisikos durch die Gemeinschaft der Beitragszahler auch einer verlängerten Verantwortung der Arbeitslosenversicherung für arbeitsmarktpolitische Ziele der Arbeitsförderung Rechnung. Die Betroffenen haben damit für den Fall, dass im Anschluss an eine Pflegetätigkeit eine nahtlose Eingliederung in eine Beschäftigung nicht gelingt, Anspruch auf Arbeitslosengeld und Zugang zu allen Leistungen der aktiven Arbeitsförderung. Die Pflegetätigkeit wird aktuell noch zumeist von Frauen wahrgenommen. Die Erweiterung des Versicherungsschutzes leistet damit auch einen Beitrag zur Förderung der Erwerbstätigkeit von Frauen.

Zu Nummer 6 (§ 28a)

Zu Buchstabe a

Zu **Doppelbuchstabe** aa

Eine Sonderregelung zur Antragspflichtversicherung für Pflegepersonen ist durch die Einbeziehung der Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b entbehrlich, so dass Nummer 1 aufgehoben wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einbeziehung der Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Aufhebung von § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.

Zu Nummer 7 (§ 81)

Es handelt sich um eine Anpassung an die Zielsetzungen und Neuregelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes.

Zu Nummer 8 (§ 345)

Die Vorschrift regelt die Höhe der beitragspflichtigen Einnahme für die Einbeziehung der Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b. Diese wird für Pflegepersonen künftig in Höhe von 50 Prozent der Bezugsgröße der Sozialversicherung festgesetzt. Die insoweit gegenüber dem geltenden Recht erhöhte beitragspflichtige Einnahme berücksichtigt versicherungskalkulatorisch, dass der verbesserten Einbeziehung der Pflegepersonen in den Arbeitslosenversicherungsschutz im Fall der Arbeitslosigkeit bzw. bei Rückkehr auf den Arbeitsmarkt auch Ausgaben für Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung gegenüberstehen.

Zu Nummer 9 (§ 345b)

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Aufhebung von § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.

Zu Nummer 10 (§ 347)

Es handelt sich um eine Anpassung des Wortlauts aufgrund der Einbeziehung der Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b.

Zu Nummer 11 (§ 349)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Anpassung der Regelung zur Beitragszahlung für Pflegepersonen an die Neuregelung der Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b. Im Übrigen bleibt es bei

der für die bereits bestehende Versicherungspflicht geltenden Regelung, dass die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Bundesagentur für Arbeit das Nähere zur Beitragszahlung und Abrechnung durch Vereinbarung regeln können.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Anpassung des Wortlauts aufgrund der Einbeziehung der Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b.

Zu Nummer 12 (§ 446)

Die Übergangsvorschrift stellt sicher, dass für Personen, die am Tag vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes im Wege der Pflichtversicherung wegen der Inanspruchnahme einer Pflegezeit oder im Wege eines Versicherungspflichtverhältnisses auf Antrag versicherungspflichtig waren, keine Nachteile im Versicherungsschutz eintreten. Insbesondere wird nach Absatz 2 für Pflegepersonen, die bislang im Wege eines Versicherungspflichtverhältnisses auf Antrag gemäß § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 versicherungspflichtig waren, das Versicherungspflichtverhältnis kraft Gesetzes gemäß § 26 Absatz 2b fortgesetzt, solange diese Pflegetätigkeit geleistet wird.

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 22a)

Die Änderungen in § 22a sind Folgeänderungen aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs des SGB XI, der anstelle der bisherigen Einstufung in drei Pflegestufen und der gesonderten Feststellung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz eine Zuordnung zu fünf Pflegegraden vorsieht.

Zu Nummer 2 (§ 33)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Neuregelung des § 18 Absatz 6a SGB XI. Danach gilt eine Empfehlung des MDK oder eines von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung als Antrag zur Leistungsgewährung, wenn der Versicherte zustimmt. Um die mit dieser Regelung bezweckte Entlastung der Versicherten und ihrer Angehörigen zu erreichen, stellt der neue § 33 Absatz 5a Satz 3 klar, dass es in diesen Fällen auch keiner vertragsärztlichen Verordnung bedarf. Die Regelung ist nach § 18 Absatz 6a SGB XI vorerst auf drei Jahre befristet.

Zu Nummer 3 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Die Streichung des § 37 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 trägt den Änderungen im SGB XI Rechnung. Nach der Regelung des § 37 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 umfasst der Anspruch auf häusliche Krankenpflege verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI zu berücksichtigen ist. Aufgrund der neuen Ausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegegraden auf Basis der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit entfällt die bisherige verrichtungsbezogene Ermittlung des Hilfebedarfs und damit des Zeitaufwands für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege. Der Begriff der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen wird bisher durch den Verrichtungsbezug und die gesetzliche Legaldefinition in § 15 Absatz 3 Satz 3 SGB XI eindeutig bestimmt. Da diese Legaldefinition mit der Systematik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr im Einklang steht und gestrichen wird, entfällt der Bezug für die Regelung des § 37 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2. Die Regelung ist auch nicht mehr erforderlich, da kein Klarstellungsbedarf mehr ersichtlich ist, dass ein Anspruch auf Behandlungspflege besteht. Damit ist auch klar, dass mit der Streichung keine Leistungsverschiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden sind.

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 im Fünfzehnten Kapitel des SGB XI berücksichtigt, wonach die Versicherte von der bisherigen Pflegestufe I in den Pflegegrad 2 übergeleitet werden.

Zu Buchstabe c

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. Da der Anspruch auf die erforderlichen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unberührt bleibt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Ausgestaltung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege sicherzustellen, dass die bisher als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen gesondert aufgeführten Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in das Leistungsverzeichnis der Richtlinie aufgenommen werden.

Zu Nummer 4 (§ 87)

Die Änderungen in § 87 Absatz 2i Satz 1 sind Folgeänderungen aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs des SGB XI, der anstelle der bisherigen Einstufung in drei Pflegestufen und der gesonderten Feststellung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz eine Zuordnung zu fünf Pflegegraden vorsieht.

Zu Nummer 5 (§ 252)

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 Rentenversicherungsbeitrag an den Rentenversicherungsträger, den gesamten Arbeitslosenversicherungsbeitrag an die Bundesagentur für Arbeit und den gesamten Krankenversicherungsbeitrag an die Krankenkasse des Pflegeunterstützungsgeldbeziehers. Mit der Neuregelung wird entsprechend der Regelungen in § 176 Absatz 1 Satz 3 SGB VI für die Beiträge zur Rentenversicherung und in § 349 Absatz 4a und 5 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch für die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung geregelt, dass auch in Bezug auf die Krankenversicherungsbeiträge ein Anspruch der Pflegekasse, des privaten Versicherungsunternehmens sowie der Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder des Dienstherrn auf den jeweiligen Anteil an den Krankenversicherungsbeiträgen des Beziehers von Pflegeunterstützungsgeld besteht. Dadurch wird klargestellt, dass die Leistungsträger berechtigt sind, den Auszahlungsbetrag um den Krankenversicherungsanteil des Pflegeunterstützungsgeldbeziehers zu kürzen.

Zu Artikel 5 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung sind künftig alle Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen. Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die rentenrechtliche Absicherung für Pflegepersonen nicht vorgesehen, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen.

Entsprechend der neuen Regelung in § 44 Absatz 1 SGB XI muss bei Mehrfachpflege der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit der Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von allen Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeiten insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) mindestens 30 Prozent der Pflege betragen (Mindestpflegeaufwand). Für das Erreichen des Mindestpflegeaufwands von 30 Prozentpunkten können auch anteilige Pflegetätigkeiten bei mehreren Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zusammengerechnet werden (addierter Mindestpflegeaufwand nach § 44 Absatz 1 SGB XI). Die Beitragszahlung nach § 166 orientiert sich künftig an dem Anteil der Pflegeperson am Gesamtpflegeaufwand.

Werden Pflegeleistungen für mehrere Pflegebedürftige erbracht, werden nach neuem Recht die Anteile immer addiert. Nach bislang geltendem Recht wurden geringfügige Pflegeleistungen (unter 14 Stunden) nur zur Erreichung der Mindeststundenzahl zusammengerechnet. Ansonsten blieben sie außer Betracht.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des § 123 SGB XI.

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 SGB XI, 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 aufgrund der Änderung der §§ 19 und 44 Absatz 1 SGB XI. In § 166 Absatz 2 Satz 1 wird die künftige Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen nach § 44 Absatz 1 SGB XI für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI 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 SGB XI bezieht (d.h., ambulante Pflegesachleistungen und Pflegegeld) oder ausschließlich ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI bezieht, sind Abschläge von den jeweiligen Bezugsgrößen in Höhe von 15 Prozent (bei Kombinationsleistungen) bzw. von 30 Prozent (bei ambulanten Pflegesachleistungen) vorgesehen. Denn im Vergleich zum ausschließlichen Pflegegeldbezug (§ 37 SGB XI) reduziert sich in diesen Fällen 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 z. B. eine pflegebedürftige Person von zwei Pflegepersonen je zur Hälfte gepflegt (50 Prozent), wird auch der je nach Pflegegrad zustehende Anteil der 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 z. B. 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 Altersvollrentenbezugs). 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 (Mindestpflegeaufwand) erreichen oder nur über den addierten Mindestpflegeaufwand die 30 Prozentpunkte-Grenze erreichen. Durch den Einbezug der früheren 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 Prozentpunkten – je pflegebedürftiger Person berechnet (§ 166 Absatz 2 Satz 3). Pflegt z. B. 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. Würde die Pflegeperson im vorgenannten Beispiel den Pflegebedürftigen B (Pflegegrad 4) allein pflegen, so würde für die Pflege des Pflegebedürftigen A (Pflegegrad 2) die gleiche beitragspflichtige Einnahme gelten (10 Prozent des maßgebenden Bezugsgrößenwertes des Pflegegrades 2), aber nun für die alleinige Pflege des Pflegebedürftigen B ein höherer Wert (100 Prozent des maßgebenden Bezugsgrößenwertes des Pflegegrades 4). Die anteilige Pflege des Pflegebedürftigen A wird also auch berücksichtigt, wenn bei einem anderen Pflegebedürftigen bereits der volle Umfang des Pflegebedarfs durch die Pflegeperson abgedeckt wird.

Zu Artikel 6 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der Neueinführung von Pflegegraden sowie der Neubestimmung des mindestens erforderlichen Pflegeaufwands bei Pflegepersonen. Pflegepersonen sollen entsprechend den im Elften Buch getroffenen Wertungen und neu geregelten Voraussetzungen in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen sein.

Für die Pflichtversicherung von Pflegepersonen in der gesetzlichen Unfallversicherung wird durch die ausdrückliche Bezugnahme auf beide Sätze des § 19 SGB XI klargestellt, dass die Pflichtversicherung der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung zusätzlich entsprechend den in Satz 2 bestimmten Voraussetzungen erfordert, dass die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Ebenso wie die Zahlung von Pflegesachleistungen und Pflegegeld nach den neugefassten §§ 36 und 37 SGB XI setzt die Versicherungspflicht der Pflegeperson in der Unfallversicherung bei dem Pflegebedürftigen mindestens Pflegegrad 2 voraus. Damit wird zugleich ein Gleichklang zu den entsprechenden Regelungen für Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung hergestellt. Für Pfle-

gepersonen, die nach dem bisherigen Recht in den Versicherungsschutz der Unfallversicherung einbezogen waren, besteht Vertrauensschutz, soweit und solange sich aus dem künftigen Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben (siehe § 141 SGB XI).

Auch hinsichtlich des Umfangs der versicherten Pflegetätigkeiten folgt die Regelung den Wertungen SGB XI. Unfallversicherungsschutz besteht in allen Bereichen, die im neuen § 14 Absatz 2 SGB XI als maßgebend für die künftige Feststellung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden. Zudem sind Hilfen bei der Haushaltsführung (§ 18 Absatz 5a Satz 2 Nummer 2 SGB XI) in den Unfallversicherungsschutz einbezogen. Damit decken sich die versicherten Tätigkeiten mit der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 SGB XI.

Somit ist es künftig für den Unfallversicherungsschutz nicht mehr erforderlich, dass diese Hilfen – wie in der bisher geltenden Fassung der Regelung – überwiegend dem Pflegebedürftigen zugutekommen.

Zu Artikel 7 (Änderung des Pflegezeitgesetzes)

Die Formulierung *Schwägerinnen und Schwäger* wird durch die Formulierung *Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner* ersetzt. Mit dieser Klarstellung wird der anspruchsberechtigte Personenkreis für den Rechtsanwender klarer erkennbar.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten, die Regelungen treten vorbehaltlich der Absätze 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, wie etwa in anderen Sozialgesetzbüchern, 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.

Zu Absatz 4

Die Übergangsregelungen für die stationäre Pflege in den §§ 92c bis 92f SGB XI haben temporären Charakter und gelten vorübergehend bis zur Überleitung und Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Um automatisch den Normenbestand zu bereinigen, ist daher nach Ablauf der Übergangszeit das Außerkrafttreten vorgesehen.