

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

A. Problem und Ziel

Der demografische Wandel mit steigender Lebenserwartung bei niedrigen Geburtenziffern stellt die sozialen Sicherungssysteme und damit auch die gesetzliche Pflegeversicherung vor große Herausforderungen. Der Gesetzgeber reagiert auf diese Herausforderung bezüglich der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung in der 18. Wahlperiode mit drei Pflegestärkungsgesetzen.

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurden die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, die seit ihrer Einführung gleichbleibend zuverlässig zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und zur Unterstützung pflegender Angehöriger in Deutschland beiträgt, deutlich ausgeweitet und flexibilisiert und es wurde ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der einen gleichen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung gewährleistet, unabhängig davon, ob die Pflegebedürftigkeit kognitiv, psychisch oder körperlich bedingt ist.

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wird jetzt die kommunale Ebene gestärkt, denn diese trägt im Rahmen ihrer Zuständigkeit maßgeblich zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen bei. In den vergangenen Jahren hat sich mehr und mehr gezeigt, dass es Verbesserungspotenzial bei der Pflege vor Ort insbesondere in Bezug auf Koordination, Kooperation und Steuerung gibt. Kommunen stehen im Bereich der Pflege nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung.

In einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege wurden daher gemeinsam Empfehlungen erarbeitet, die jetzt mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz umgesetzt werden. Schwerpunkt des Arbeitsauftrags der Bund-Länder-Arbeitsgruppe war die Klärung der Fragen,

- wie die kommunale Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden kann,
- wie die Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden können und

- wie Sozialräume so entwickelt werden können, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können.

Nur im engen Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen können die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und die Unterstützung ihrer Angehörigen angemessen erfolgen. Gemeinsames Ziel ist es, so lange wie möglich den Verbleib in der vertrauten häuslichen und familiären Umgebung zu unterstützen und ein selbstbestimmtes Leben zu gewährleisten.

Mit den drei Pflegestärkungsgesetzen schafft der Gesetzgeber durch Leistungsverbesserungen, durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und durch die konkrete Stärkung der kommunalen Ebene für dieses gemeinsame Ziel eine verbesserte Grundlage.

Aufgrund der weitgehenden Begriffsidentität zwischen dem Recht der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) und dem Recht der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) sowie dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist sowohl die Sozialhilfe als auch die soziale Entschädigung nach dem BVG unmittelbar von der Entscheidung über einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument (NBA) betroffen. Dies umfasst sowohl die gesetzlichen Regelungen zu den Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit und zu dem neuen Begutachtungsverfahren als auch die leistungsrechtliche Hinterlegung. Darüber hinaus enthält der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff Teilhabe-Elemente, die eine Abgrenzung der Leistungen der Hilfe zur Pflege zu den Leistungen der Eingliederungshilfe erfordern. Der Expertenbeirat hat in seinem Abschlussbericht darauf hingewiesen, dass sich an der Schnittstelle zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe Verschiebungen der Leistungszuständigkeiten und deswegen Anpassungsbedarfe ergeben werden.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch zukünftig keine Vollabsicherung des Pflegerisikos durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beabsichtigt. Die Höhe der Versicherungsleistungen nach dem SGB XI ist auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt (Teilleistungssystem). Bei den Pflegebedürftigen kann daher auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflegeleistungen bestehen, der bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege gedeckt werden muss. Darüber hinaus werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht übernommen, das heißt, im Fall der finanziellen Bedürftigkeit der Pflegebedürftigen werden im Regelfall auch diese Kosten von den Trägern der Sozialhilfe zu tragen sein.

Die begrenzten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden somit auch in Zukunft das ergänzende System der Hilfe zur Pflege erfordern, damit der pflegerische Bedarf von Pflegebedürftigen im Fall ihrer finanziellen Bedürftigkeit umfassend sichergestellt ist. Sowohl rechtssystematisch als auch im Sinne der Pflegebedürftigen ist somit auch weiterhin eine (weitgehende) Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe unabdingbar.

Aktuelle Hinweise und Erkenntnisse über Betrugspraktiken durch einzelne ambulante Pflegeeinrichtungen haben gezeigt, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen weiterentwickelt und ergänzt werden müssen, um Abrechnungsbetrug in der Pflege zukünftig so weit wie möglich zu verhindern.

Darüber hinaus besteht Anpassungsbedarf im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie in weiteren Gesetzen und Verordnungen.

B. Lösung

In den Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege wurden die Problemlagen, die sich aus dem demografischen Wandel für die kommunale Ebene ergeben, aufgegriffen und gemeinsam Empfehlungen für ihren Abbau erarbeitet. Neben untergesetzlich von Bund, Ländern und Kommunalen Spitzenverbänden umzusetzenden Empfehlungen wurden insbesondere Felder identifiziert, in denen Verbesserungen der pflegerischen Versorgung vor Ort durch gesetzliche Regelungen erreicht werden können. Dies betrifft angemessene, mit den Zielsetzungen des SGB XI kompatible Steuerungsmöglichkeiten der Angebotsstruktur vor Ort sowie effiziente Kooperations- und Koordinationsstrukturen inklusive einer besseren Verzahnung der kommunalen Beratung im Rahmen der Daseinsvorsorge und im Rahmen der Rolle der Kommunen als Sozialleistungsträger mit den Beratungsangeboten und Beratungsaufgaben der Pflegekassen. Diese Verbesserungen werden mit dem vorliegenden Gesetz umgesetzt.

Mit der Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege werden gesetzliche Änderungen zu einer besseren, mit der Zielsetzung des SGB XI kompatiblen Sicherstellung der Versorgung vorgenommen. Die Länder erhalten die Möglichkeit, regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten, in denen die Landesverbände der Pflegekassen mitarbeiten. Die Pflegeausschüsse können Empfehlungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur abgeben (Pflegestrukturplanungsempfehlungen). Die Empfehlungen werden von den Pflegekassen bei Vertragsverhandlungen einbezogen.

Kommunen werden besser am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote beteiligt. Die Finanzierungsbeteiligung beim Auf- und Ausbau dieser wichtigen Unterstützungsangebote wird vereinfacht.

Um Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich einzubinden, werden im Bereich der Pflegeberatung verschiedene Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe umgesetzt. Insbesondere werden zur Erprobung neuer Beratungsstrukturen die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass unterschiedliche Modelle zur Verbesserung von Koordinierung und Kooperation bei der Beratung von Bürgerinnen und Bürgern bezüglich der Pflegebedürftigkeit und anderer Fragen im Umfeld von Pflegebedürftigkeit entwickelt und getestet werden können. Ferner erhalten die Kommunen im Rahmen der landesrechtlichen Regelungen für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Schließlich werden verpflichtend Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten bei der Beratung von pflegebedürftigen Menschen eingeführt.

Im SGB XII wird die an die Sozialhilfeträger gerichtete Verpflichtung zur Kooperation insbesondere mit Blick auf die Pflegekassen präzisiert und wird die Altenhilfe nach § 71 SGB XII weiterentwickelt und präzisiert.

Zur Wahrung der Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe von SGB XI, SGB XII und dem BVG wird entsprechend dem SGB XI der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für die Hilfe zur Pflege eingeführt. Die Hilfe zur Pflege soll in ihrer Funktion als ergänzende Leistung erhalten bleiben. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll gleichzeitig mit den Vorschriften im SGB XI sowohl in die Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII als auch in die Hilfe zur Pflege nach dem BVG zum 1. Januar 2017 eingeführt werden.

Um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen noch besser entgegenzutreten zu können, werden im SGB V sowie im SGB XI Regelungen zur Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug eingeführt bzw. ergänzt. Im Mittelpunkt stehen dabei neue Rechte zur Prüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) im Auftrag der Krankenkassen, die Weiterentwicklung bestehender Instrumente der Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeversicherung sowie Ergänzungen zu Vertragsvoraussetzungen und zur Vertragserfüllung in den Landesrahmenverträgen der Pflegeselbstverwaltung.

C. Alternativen

Keine. Es besteht Konsens zwischen Bund und Ländern, dass zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung vor Ort die Pflege in den Kommunen gestärkt werden sollte.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch im Recht der Hilfe zur Pflege zwingend erforderlich.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Kommunen

Für die kommunale Ebene und die Landesebene können Mehrbelastungen entstehen, wenn die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger vom Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 7c Absatz 1a SGB XI-E Gebrauch machen. Diese Mehrbelastungen sind abhängig von dem nach Landesrecht bestimmten Finanzierungsmodell für Pflegestützpunkte. Die Mehrbelastungen sind daher nicht bezifferbar.

Durch die Änderung der Vorschriften für die Hilfe zur Pflege im SGB XII ergeben sich für die öffentlichen Haushalte der Träger der Sozialhilfe Mehrausgaben in Höhe von rund 202 Millionen Euro im Einführungsjahr 2017 und 184 Millionen Euro jährlich in den Folgejahren. Demgegenüber werden die Träger der Hilfe zur Pflege durch die Leistungsausweitungen aufgrund des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes ab dem 1. Januar 2017 jährlich um 330 Millionen Euro entlastet. Mit dem allmählichen Auslaufen der Überleitungs- und Bestandsschutzkosten sinkt dieses jährliche Entlastungsvolumen auf 230 Millionen Euro.

Für die Träger des sozialen Entschädigungsrechts ergeben sich auf Bundes- und auf Landesebene im Rahmen der Leistungen der Kriegsopferfürsorge durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Erweiterung der Leistungen der Hilfe zur Pflege geringe, nicht bezifferbare Mehrausgaben gegenüber dem geltenden Recht.

2. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung können sich Mehrausgaben von bis zu maximal 10 Millionen Euro jährlich ergeben, weil die Mittel nach § 45c SGB XI aufgrund der Vorschriften des § 45c Absatz 2 und 6 SGB XI-E besser ausgeschöpft werden können.

Aus der Neufassung der Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung ergeben sich im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen für die soziale Pflegeversicherung Mehrausgaben von rund 20 Millionen Euro jährlich.

Darüber hinaus könnten sich gegebenenfalls zusätzliche, aus der Neufassung der Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung entstehende geringfügige, Mehrausgaben in nicht konkret bezifferbarer Höhe ergeben, die voraussichtlich 10 Millionen Euro jährlich nicht überschreiten.

Wenn die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger vom Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 7c Absatz 1a SGB XI-E Gebrauch machen, können durch die Verpflichtung zur finanziellen Beteiligung Kosten in geringer, nicht konkret bezifferbarer Höhe für die soziale Pflegeversicherung entstehen.

Den möglichen Ausgaben der kommunalen Stellen bei Übernahme der Beratungsaufgaben nach § 37 Absatz 3 SGB XI stehen entsprechende Einsparungen der sozialen Pflegeversicherung gegenüber. Diese möglichen Ausgaben bestimmen sich nach den Vorschriften zur Vergütung in § 37 Absatz 3 SGB XI.

3. Krankenversicherung

Für die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Bereich der HKP-Leistungen ist mit Mehraufwendungen der Krankenkassen in Höhe von rund 650 000 Euro jährlich zu rechnen.

Wenn kommunale Stellen vom Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 7c Absatz 1a SGB XI-E Gebrauch machen, können durch die Verpflichtung zur finanziellen Beteiligung Kosten für die Krankenversicherung entstehen. Diese Kosten sind abhängig von dem jeweiligen Finanzierungsmodell und sind daher nicht bezifferbar.

E. 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 O und Q) und der Verwaltung.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Soweit Pflegebedürftige erstmals einen Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege haben, entsteht für Bürgerinnen und Bürger ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 38 400 Euro und rund 12 000 Stunden im Rahmen ihrer Mitwirkungspflichten.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entstehen insgesamt eine einmalige Belastung in Höhe von rund 100 000 Euro sowie eine jährliche Belastung in Höhe von rund 210 000 Euro. Dem stehen insgesamt jährliche Entlastungen im Bereich der Pflegestatistik in Höhe von rund 150 000 Euro gegenüber. Im Saldo ergibt sich eine zusätzliche jährliche Belastung in Höhe von rund 60 000 Euro. Hinsichtlich der „One in, one out“-Regel der Bundesregierung kann dies durch einen Teil der Entlastungen aus dem Vierten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher Vorschriften kompensiert werden. Bei ausschließlicher Betrachtung der Bürokratie-

kosten aus Informationspflichten ergibt sich eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 108 000 Euro.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Es entstehen durch die Vorgaben im SGB XI und in der Pflegestatistik-Verordnung insgesamt einmalige Belastungen in Höhe von rund 2 000 Euro für die Verwaltung des Bundes, rund 2 610 000 Euro für die Verwaltungen der Länder sowie rund 2 620 000 Euro für die Pflegeversicherung.

Jährliche Belastungen entstehen durch die Vorgaben im SGB XI und in der Pflegestatistik-Verordnung insgesamt in Höhe von rund 600 Euro für die Verwaltung des Bundes und von rund 14 800 Euro für die Verwaltungen der Länder. Für die Pflegekassen entsteht eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 200 Euro.

Durch die Änderung von Vorschriften für die Hilfe zur Pflege (SGB XII) entsteht für die Träger der Sozialhilfe ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 284 000 Euro durch Pflegebedürftige, die erstmals Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten sowie ein Umstellungsaufwand durch die Änderung der Leistungsbeträge im SGB XI in Höhe von rund 2 150 Euro je Träger der Sozialhilfe, soweit diese für Leistungen der Hilfe zur Pflege zuständig sind.

Der Erfüllungsaufwand für die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Bereich HKP nach dem SGB V beziffert sich nur für die MDK auf rund 655 000 Euro jährlich. Dieses ergibt sich aus den Kosten einer Prüfung (Personal- und Sachkosten) multipliziert mit der angenommenen Fallzahl. Die Prüfungen werden über die mitgliederbezogene Umlage (§ 281 SGB V) von den Krankenkassen finanziert.

Durch die gesetzliche Änderung des Medizinproduktegesetzes (Artikel 16) entsteht auf Landesebene ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 320 Euro und eine jährliche Entlastung in Höhe von 120 Euro. Auf Bundesebene entsteht eine jährliche Belastung in Höhe von rund 10 500 Euro. Eine jährliche Entlastung findet in Höhe von 60 Euro statt.

Insgesamt entstehen also für den Bund rund 2 000 Euro einmaliger Erfüllungsaufwand und rund 11 000 Euro jährlicher Erfüllungsaufwand. Für die Länder entstehen insgesamt rund 2 890 000 Euro einmaliger Erfüllungsaufwand und rund 14 700 jährlicher Erfüllungsaufwand. Für die Sozialversicherungen entstehen insgesamt rund 2 620 000 Euro einmaliger Erfüllungsaufwand und rund 655 000 Euro jährlicher Erfüllungsaufwand, der von den Krankenkassen finanziert wird (siehe Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand).

F. Weitere Kosten

Keine.

**BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN**

Berlin, 5. September 2016

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Prof. Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage 2 beigelegt.

Der Gesetzentwurf ist dem Bundesrat am 12. August 2016 als besonders eilbedürftig zugeleitet worden.

Die Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf sowie die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates werden unverzüglich nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Angela Merkel

**Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und
zur Änderung weiterer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)**

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates 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 1, 2 und 8 Absatz 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Der Angabe zu § 7c wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
 - b) Die Angabe zu § 8a wird wie folgt gefasst:
„§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“.
 - c) Die Angabe zu § 10 wird wie folgt gefasst:
„§ 10 Berichtspflichten des Bundes und der Länder“.
 - d) Die Angabe zur Überschrift des Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Vierter Titel

Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen“.

- e) Die Angabe zu § 79 wird wie folgt gefasst:
„§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen“.
- f) Nach der Angabe zu § 122 wird folgende Angabe zur Überschrift des Dreizehnten Kapitels eingefügt:

„Dreizehntes Kapitel

Befristete Modellvorhaben“.

- g) Die Angaben zu den §§ 123 und 124 werden wie folgt gefasst:

„§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung

§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat“.

- h) Die Angaben zum bisherigen Dreizehnten, Vierzehnten und Fünfzehnten Kapitel werden die Angaben zum Vierzehnten, Fünfzehnten und Sechzehnten Kapitel.
- i) Die Angabe zur Überschrift des Zweiten Abschnitts des Sechzehnten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Zweiter Abschnitt

Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen“.

- 2. Nach § 7b Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen

- 1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder
- 2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.“

- 3. § 7c wird wie folgt geändert:

- a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können bis zum 31. Dezember 2021 aufgrund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes verlangen. Ist in der Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes oder in den Rahmenverträgen nach Absatz 6 nichts anderes vereinbart, werden die Aufwendungen, die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlich sind, von den Trägern des Pflegestützpunktes zu gleichen Teilen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal getragen.“

- c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort „Hilfsangebote“ die Wörter „einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a“ eingefügt.
- bb) In Satz 6 Nummer 3 werden nach dem Wort „Organisationen“ die Wörter „sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und insbesondere Selbsthilfe stärkender und generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften“ eingefügt.

- d) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 8 ersetzt:

„(6) Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis

zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind beim Abschluss der Rahmenverträge zu berücksichtigen. In den Rahmenverträgen nach Satz 1 ist die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten sowie die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden. Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist.

(7) Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen einzurichten. Diese setzen den Inhalt der Rahmenverträge nach Absatz 6 fest, sofern ein Rahmenvertrag nicht innerhalb der in der Rechtsverordnung nach Satz 6 zu bestimmenden Frist zustande kommt. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretungen der Pflegekassen und der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertretungen bestellt werden. § 76 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Frist, nach deren Ablauf die Schiedsstelle ihre Arbeit aufnimmt, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu regeln.

(8) Abweichend von Absatz 7 können die Parteien des Rahmenvertrages nach Absatz 6 Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt des Rahmenvertrages nach Absatz 6 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

e) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 9.

4. § 8a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 8a

Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung“.

b) Der Wortlaut wird Absatz 1.

c) Die folgenden Absätze werden angefügt:

„(2) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften ein Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) eingerichtet worden ist, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften Vertreter in diesen Ausschuss und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. Soweit erforderlich, ist eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches herbeizuführen.

(3) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften regionale Ausschüsse insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet worden sind, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen Vertreter in diese Ausschüsse und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit.

(4) Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 und 3 vertretenen Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fort-

schreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den jeweiligen Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere darüber, in wie weit diese Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankengesellschaften bei der Erfüllung der ihnen nach diesem und dem Fünften Buch übertragenen Aufgaben berücksichtigt wurden.

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

5. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 10

Berichtspflichten des Bundes und der Länder“.

b) Der Wortlaut wird Absatz 1.

c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen.“

6. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt“ eingefügt.

bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 der Pflegebedürftigen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist. Die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.“

b) Absatz 3a wird aufgehoben.

7. § 28a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,“.

b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,“.

c) Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 8.

8. In § 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 66 Absatz 4 Satz 2“ durch die Wörter „§ 63b Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.
9. In § 36 Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „oder in einer Einrichtung“ die Wörter „oder Räumlichkeiten“ eingefügt.
10. § 37 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.“
 - b) Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

„(8) Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von anerkannten Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. In diesen Fällen erfolgt keine Vergütung der Beratungsbesuche. Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. Die Inhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 sind zu beachten. Die Anerkennung der Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften erfolgt in entsprechender Anwendung von Absatz 7.“
11. Die Überschrift des Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Vierter Titel

Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen“.

12. § 43a wird wie folgt gefasst:

„§ 43a

Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer stationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die Soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.“

13. § 45b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderli-

chen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen.“

- b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Der Entlastungsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 Satz 3 des Zwölften Buches findet auf den Entlastungsbetrag keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf der Entlastungsbetrag hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 entsprechen.“

14. § 45c wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Im Einvernehmen mit allen Fördergebern können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen.“

- b) Dem Absatz 6 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Nach Satz 2 übertragene Mittel, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, können für konkret benannte Projekte im darauf folgenden Jahr von Ländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel nach Satz 2 mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben. Die Verausgabung der nach Satz 3 beantragten Fördermittel durch die Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften darf sich für die benannten Projekte über einen Zeitraum von maximal drei Jahren erstrecken. Der Ausgleichsfonds sammelt die nach Satz 3 eingereichten Anträge bis zum 30. April des auf das Folgejahr folgenden Jahres und zahlt anschließend die Mittel aus. Ist die Summe der bis zum 30. April beantragten Mittel insgesamt größer als der dafür vorhandene Mittelbestand, so werden die vorhandenen Mittel nach dem Königsteiner Schlüssel auf die beantragenden Länder verteilt. Nach dem 30. April eingehende Anträge werden in der Reihenfolge des Antragsvorgangs bearbeitet, bis die Fördermittel verbraucht sind. Fördermittel, die bis zum Ende des auf das Folgejahr folgenden Jahres nicht beantragt sind, verfälen.“

- c) In Absatz 7 Satz 2 werden nach dem Wort „festzulegen,“ die Wörter „welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss und“ eingefügt.

15. § 71 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur Sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,
2. Krankenhäuser sowie
3. Räumlichkeiten, in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht und auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet.“

16. § 75 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 werden nach dem Wort „einschließlich“ die Wörter „der Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung,“ eingefügt.

- b) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,“.

- c) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- d) Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2.“

17. § 79 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 79

Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen“.

- b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie
2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).

Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie die Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.“

18. In § 106a Satz 1 werden die Wörter „sowie beauftragte Pflegefachkräfte“ durch ein Komma und die Wörter „beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften“ ersetzt.

19. In § 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 werden nach dem Wort „Wohnort,“ die Wörter „Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung,“ eingefügt.

20. § 113b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 9 wird das Wort „beratend“ gestrichen.
- b) Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. bis zum 31. März 2018 ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben, insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben.“

- c) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 9 werden nach dem Wort „Gesetz“ die Wörter „einschließlich der Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6“ eingefügt.

bb) In Nummer 10 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6; die Kosten können auch den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden“ eingefügt.

21. § 114 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 wird nach der Angabe „(§ 87)“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden nach der Angabe „(§ 88)“ die Wörter „und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege“ gestrichen.
- b) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Auch die nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in die Regelprüfung einzubeziehen, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden.“

c) Im neuen Satz 7 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Regelprüfung“ ersetzt.

22. § 118 Absatz 1 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei den durch den Qualitätsausschuss nach § 113b zu treffenden Entscheidungen erhalten diese Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. Der Qualitätsausschuss nach § 113b hat über solche Anträge in der nächsten Sitzung zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach Maßgabe einer aufgrund des Absatzes 2 erlassenen Verordnung in die Gremien des Qualitätsausschusses nach § 113b entsandt werden, damit sie dort die in den Sätzen 1 und 3 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind. Das Nähere zur Erstattung der Reisekosten regeln die Vereinbarungspartner in der Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7.“

23. Nach § 122 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Dreizehntes Kapitel Befristete Modellvorhaben“.

24. Die §§ 123 und 124 werden wie folgt gefasst:

„§ 123

Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung

(1) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können Modellvorhaben zur Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen für ihren Zuständigkeitsbereich bei der zuständigen obersten Landesbehörde beantragen. Sofern sich die Zuständigkeit des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch auf mehrere Kreise erstreckt, soll sich das Modellvorhaben auf einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt beschränken. Für Stadtstaaten, in denen sich die Zuständigkeit nicht auf einzelne Bezirke bezieht, ist das Modellvorhaben auf jeweils einen Stadtteil zu beschränken. Die Modellvorhaben umfassen insbesondere die Übernahme folgender Aufgaben durch eigene Beratungsstellen:

1. die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c,
2. die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und
3. Pflegekurse nach § 45.

Die §§ 7a bis 7c, 17 Absatz 1a, § 37 Absatz 3 Satz 1, 2, 5 erster Halbsatz, Satz 6 erster Halbsatz und Absatz 4 sowie § 45 gelten entsprechend. In den Modellvorhaben ist eine Zusammenarbeit bei der Beratung nach Satz 4 Nummer 1 und 2 insbesondere mit der Beratung zu Leistungen der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch und der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch sowie mit der Beratung zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sicherzustellen.

(2) Dem Antrag nach Absatz 1 ist ein Konzept beizufügen, wie die Aufgaben durch die Beratungsstellen wahrgenommen werden und mit welchen eigenen sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln die Beratungsstellen ausgestattet werden. Eine Zusammenarbeit mit den privaten Versicherungsunternehmen,

die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ist anzustreben und im Konzept nachzuweisen. Das Nähere zu den Anforderungen an Beratungsstellen und an die Anträge nach Absatz 1 sowie zum Widerruf einer Genehmigung nach § 124 Absatz 2 Satz 1 ist bis zum 31. Dezember 2018 durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln.

(3) Die zuständige oberste Landesbehörde kann höchstens so viele Modellvorhaben genehmigen, wie ihr nach dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2017 bei einer Gesamtzahl von insgesamt 60 Modellvorhaben zustehen. Der Antrag kann genehmigt werden, wenn die Anforderungen nach den Absätzen 1 und 2 in Verbindung mit den landesrechtlichen Vorgaben im Sinne des Absatzes 2 Satz 3 erfüllt sind. Die Länder insgesamt sollen bei der Genehmigung sicherstellen, dass bei der Hälfte der bewilligten Modellvorhaben keine mehrjährigen Erfahrungen in strukturierter Zusammenarbeit in der Beratung vorhanden sind. Länder, die die ihnen zustehenden Modellvorhaben nicht nutzen wollen, können diese im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit an andere Länder abtreten.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der Kommunalen Spitzenverbände sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Das Bundesministerium für Gesundheit trifft seine Entscheidung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

(5) Ist ein Antrag nach Absatz 3 Satz 2 genehmigt, trifft der Antragsteller mit den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich eine Vereinbarung

1. zur Zusammenarbeit,
2. zur Einbeziehung bestehender Beratungs- und Kursangebote,
3. zu Nachweis- und Berichtspflichten gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen,
4. zum Übergang der Beratungsaufgaben auf die Beratungsstellen nach Absatz 1 Satz 4,
5. zur Haftung für Schäden, die den Pflegekassen durch fehlerhafte Beratung entstehen, und
6. zur Beteiligung der Pflegekassen mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln.

Der Beitrag der Pflegekassen darf den Aufwand nicht übersteigen, der entstehen würde, wenn sie die Aufgaben selbst erbringen würden. Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 1 bis 4 einzurichten und eine Rechtsverordnung entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 5 zu erlassen. Abweichend von Satz 3 können die Parteien der Vereinbarung nach Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt der Vereinbarung nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Parteien der Vereinbarung zu gleichen Teilen.

(6) Mit Aufnahme der Beratungstätigkeit im Rahmen eines Modellvorhabens geht die Verantwortung für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c und für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 von anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen mit Wohnort im Bereich der örtlichen Zuständigkeit der Beratungsstelle und deren Angehörige sowie für die Pflegekurse nach § 45 auf den Antragsteller nach Absatz 1 Satz 1 über. Die Antragsteller können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben Dritter bedienen. Sofern sie sich für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 genannten Einrichtungen zu ermöglichen.

(7) Während der Durchführung des Modellvorhabens weist der Antragsteller gegenüber der obersten Landesbehörde und den am Vertrag beteiligten Landesverbänden der Pflegekassen die Höhe der eingebrachten sächlichen und personellen Mittel je Haushaltsjahr nach. Diese Mittel dürfen die durchschnittlich aufgewendeten Verwaltungsausgaben für die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe bezogen auf den einzelnen Empfänger und für die Altenhilfe bezogen auf alte Menschen im Haushaltsjahr vor Beginn des Modellvorhabens nicht unterschreiten. Die Mittel sind auf der Grundlage der Haushaltsaufstellung im Konzept nach Absatz 2 Satz 1 nachzuweisen.

§ 124

Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat

(1) Anträge zur Durchführung von Modellvorhaben können bis zum 31. Dezember 2021 gestellt werden. Modellvorhaben nach diesem Kapitel sind auf fünf Jahre zu befristen.

(2) Die Genehmigung zur Durchführung eines Modellvorhabens ist zu widerrufen, wenn die in § 123 Absatz 1 Satz 4 genannten Aufgaben oder die nach § 123 Absatz 5 Satz 1 vereinbarten und die in § 123 Absatz 5 Satz 2 sowie Absatz 7 festgelegten Anforderungen nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt werden. Die zuständige oberste Landesbehörde überprüft die Erfüllung der Aufgaben nach § 123 Absatz 1 anhand der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach Absatz 2 zum Abschluss des jeweiligen Haushaltsjahres. Sie überprüft die Erfüllung der Anforderungen nach § 123 Absatz 7 anhand der jeweiligen Haushaltspläne.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Benehmen mit den für die Modellvorhaben nach § 123 Absatz 1 Satz 1 zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung im Vergleich zur Beratung vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens und außerhalb der Modellvorhaben. Die unabhängigen Sachverständigen haben einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Zwischenbericht ist spätestens am 31. Dezember 2023 und der Abschlussbericht spätestens am 31. Dezember 2025 zu veröffentlichen. Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben tragen je zur Hälfte die für diese Modellvorhaben zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dessen Beitrag aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 zu finanzieren ist.

(4) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen begleiten die Modellvorhaben über die gesamte Laufzeit und sorgen für einen bundesweiten Austausch der Modellvorhaben untereinander unter Beteiligung der für die Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 zuständigen unabhängigen Sachverständigen sowie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben ein. Der Beirat tagt mindestens zweimal jährlich und berät den Sachstand der Modellvorhaben. Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.“

25. § 141 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag gilt § 45b Absatz 3 entsprechend. Bei Versicherten, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag haben und deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen.“

b) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 in Anspruch nehmen, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort. Nehmen Pflegebedürftige am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 in derselben Einrichtung in Anspruch, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung nach Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege nach § 43 zu zahlende Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 und

dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätten.“

- c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Wechseln Pflegebedürftige zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 das Pflegeheim, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die neue Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3, den die Pflegebedürftigen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

26. Dem § 144 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2017 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2017 zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.“

27. Das bisherige Dreizehnte, Vierzehnte und Fünfzehnte Kapitel wird das Vierzehnte, Fünfzehnte und Sechzehnte Kapitel.
28. Die Überschrift des Zweiten Abschnitts des Sechzehnten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Zweiter Abschnitt

Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen“.

29. Folgender § 145 wird angefügt:

„§ 145

Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege

Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.“

Artikel 2

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2557) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

a) Die Angaben zum Siebten Kapitel werden wie folgt gefasst:

„Siebtes Kapitel

Hilfe zur Pflege

- § 61 Leistungsberechtigte
- § 61a Begriff der Pflegebedürftigkeit
- § 61b Pflegegrade
- § 61c Pflegegrade bei Kindern
- § 62 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit
- § 62a Bindungswirkung
- § 63 Leistungen für Pflegebedürftige
- § 63a Notwendiger pflegerischer Bedarf
- § 63b Leistungskonkurrenz
- § 64 Vorrang
- § 64a Pflegegeld
- § 64b Häusliche Pflegehilfe
- § 64c Verhinderungspflege
- § 64d Pflegehilfsmittel
- § 64e Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- § 64f Andere Leistungen
- § 64g Teilstationäre Pflege
- § 64h Kurzzeitpflege
- § 64i Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 2 bis 5
- § 65 Stationäre Pflege
- § 66 Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1“.

b) Die Angaben zu den §§ 137 und 138 werden angefügt:

„§ 137 Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017

§ 138 Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes“.

2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 wird die Angabe „§ 92c“ durch die Angabe „§ 7c“ ersetzt.
 - b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Rahmenverträge nach § 7a Absatz 7 des Elften Buches sind zu berücksichtigen und die Empfehlungen nach § 8a des Elften Buches sollen berücksichtigt werden“.
3. In § 39 Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „§ 61“ durch die Angabe „§ 61a“ ersetzt.
4. § 50 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. häusliche Pflege nach den §§ 64c und 64f sowie die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson“.
5. Das Siebte Kapitel wird wie folgt gefasst:

„Siebtes Kapitel

Hilfe zur Pflege

§ 61

Leistungsberechtigte

Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a sind, haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels aufbringen. Sind die Personen minderjährig und unverheiratet, so sind auch das Einkommen und das Vermögen ihrer Eltern oder eines Elternteils zu berücksichtigen.

§ 61a

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftige Personen im Sinne des Satzes 1 können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen.

(2) Maßgeblich für die Beurteilung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten sind die folgenden Bereiche mit folgenden Kriterien:

1. Mobilität mit den Kriterien
 - a) Positionswechsel im Bett,
 - b) Halten einer stabilen Sitzposition,
 - c) Umsetzen,
 - d) Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs,
 - e) Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten mit den Kriterien
 - a) Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld,
 - b) örtliche Orientierung,

- c) zeitliche Orientierung,
 - d) Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen,
 - e) Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen,
 - f) Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben,
 - g) Verstehen von Sachverhalten und Informationen,
 - h) Erkennen von Risiken und Gefahren,
 - i) Mitteilen von elementaren Bedürfnissen,
 - j) Verstehen von Aufforderungen,
 - k) Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen mit den Kriterien
- a) motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten,
 - b) nächtliche Unruhe,
 - c) selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten,
 - d) Beschädigen von Gegenständen,
 - e) physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen,
 - f) verbale Aggression,
 - g) andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten,
 - h) Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen,
 - i) Wahnvorstellungen,
 - j) Ängste,
 - k) Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage,
 - l) sozial inadäquate Verhaltensweisen,
 - m) sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung mit den Kriterien
- a) Waschen des vorderen Oberkörpers,
 - b) Körperpflege im Bereich des Kopfes,
 - c) Waschen des Intimbereichs,
 - d) Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare,
 - e) An- und Auskleiden des Oberkörpers,
 - f) An- und Auskleiden des Unterkörpers,
 - g) mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken,
 - h) Essen,
 - i) Trinken,
 - j) Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls,
 - k) Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma,
 - l) Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma,

- m) Ernährung parenteral oder über Sonde,
 - n) 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 in Bezug auf
- a) Medikation,
 - b) Injektionen,
 - c) Versorgung intravenöser Zugänge,
 - d) Absaugen und Sauerstoffgabe,
 - e) Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen,
 - f) Messung und Deutung von Körperzuständen,
 - g) körpernahe Hilfsmittel,
 - h) Verbandswechsel und Wundversorgung,
 - i) Versorgung mit Stoma,
 - j) regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden,
 - k) Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - l) zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - m) Arztbesuche,
 - n) Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen,
 - o) zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen,
 - p) Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern,
 - q) Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit den Kriterien
- a) Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen,
 - b) Ruhen und Schlafen,
 - c) Sichbeschäftigen,
 - d) Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen,
 - e) Interaktion mit Personen im direkten Kontakt,
 - f) Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

§ 61b

Pflegegrade

(1) Für die Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Pflege sind pflegebedürftige Personen entsprechend den im Begutachtungsverfahren nach § 62 ermittelten Gesamtpunkten in einen der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten entsprechenden Pflegegrad einzuordnen:

1. Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte),

2. Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte),
3. Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte),
4. Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte),
5. Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte).

(2) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

§ 61c

Pflegegrade bei Kindern

(1) Bei pflegebedürftigen Kindern, die 18 Monate oder älter sind, ist für die Einordnung in einen Pflegegrad nach § 61b der gesundheitlich bedingte Grad der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten im Verhältnis zu altersentsprechend entwickelten Kindern maßgebend.

(2) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten sind in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. Pflegegrad 2: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte,
2. Pflegegrad 3: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte,
3. Pflegegrad 4: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte,
4. Pflegegrad 5: ab 70 bis 100 Gesamtpunkte.

§ 62

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt durch ein Begutachtungsinstrument nach Maßgabe des § 15 des Elften Buches. Die aufgrund des § 16 des Elften Buches erlassene Verordnung sowie die aufgrund des § 17 des Elften Buches erlassenen Richtlinien der Pflegekassen finden entsprechende Anwendung.

§ 62a

Bindungswirkung

Die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad ist für den Träger der Sozialhilfe bindend, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind. Bei seiner Entscheidung kann sich der Träger der Sozialhilfe der Hilfe sachverständiger Dritter bedienen. Auf Anforderung unterstützt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung den Träger der Sozialhilfe bei seiner Entscheidung und erhält hierfür Kostenersatz, der zu vereinbaren ist.

§ 63

Leistungen für Pflegebedürftige

(1) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5

1. häusliche Pflege in Form von
 - a) Pflegegeld (§ 64a),
 - b) häuslicher Pflegehilfe (§ 64b),
 - c) Verhinderungspflege (§ 64c),
 - d) Pflegehilfsmitteln (§ 64d),
 - e) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e),
 - f) anderen Leistungen (§ 64f),
2. teilstationäre Pflege (§ 64g),
3. Kurzzeitpflege (§ 64h),
4. einen Entlastungsbetrag (§ 64i) und
5. stationäre Pflege (§ 65).

Die Begleitung in der letzten Lebensphase ist Bestandteil der Leistungen der Hilfe zur Pflege.

(2) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1

1. Pflegehilfsmittel (§ 64d),
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e) und
3. einen Entlastungsbetrag (§ 66).

(3) Die Leistungen der Hilfe zur Pflege sind auf Antrag auch als Teil eines Persönlichen Budgets zu erbringen. § 17 Absatz 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 Absatz 5 des Neunten Buches sind insoweit anzuwenden.

§ 63a

Notwendiger pflegerischer Bedarf

Die Träger der Sozialhilfe haben den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen.

§ 63b

Leistungskonkurrenz

(1) Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 des Elften Buches der Pflegebedürftigen gehen die Leistungen der Hilfe zur Pflege den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach diesem Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Hilfe zur Pflege vor. Im Übrigen werden Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 3 sind Leistungen nach § 72 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 Prozent auf das Pflegegeld nach § 64a anzurechnen. Leistungen nach § 45b des Elften Buches gehen den Leistungen nach den §§ 64i und 66 vor; auf die übrigen Leistungen der Hilfe zur Pflege werden sie nicht angerechnet.

(3) Pflegebedürftige haben während ihres Aufenthalts in einer teilstationären oder vollstationären Einrichtung dort keinen Anspruch auf häusliche Pflege. Abweichend von Satz 1 kann das Pflegegeld nach § 64a während einer teilstationären Pflege nach § 64g oder einer vergleichbaren nicht nach diesem Buch durchgeführten Maßnahme angemessen gekürzt werden.

(4) Absatz 3 Satz 1 gilt nicht für vorübergehende Aufenthalte in einem Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches, soweit Pflegebedürftige ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte (Arbeitgebermodell) sicherstellen. Die vorrangigen Leistungen des Pflegegeldes für selbst beschaffte Pflegehilfen nach den §§ 37 und 38 des Elften Buches sind anzurechnen. § 39 des Fünften Buches bleibt unberührt.

(5) Das Pflegegeld kann um bis zu zwei Drittel gekürzt werden, soweit die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich ist, Pflegebedürftige Leistungen der Verhinderungspflege nach § 64c oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.

(6) Pflegebedürftige, die ihre Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells sicherstellen, können nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buches verwiesen werden. In diesen Fällen ist das geleistete Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen.

(7) Leistungen der stationären Pflege nach § 65 werden auch bei einer vorübergehenden Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der stationären Einrichtung erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches vorliegen.

§ 64

Vorrang

(1) Soweit häusliche Pflege ausreicht, ist die Pflege vorrangig durch Pflegegeld sicherzustellen.

(2) Der Träger der Sozialhilfe soll darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, als Nachbarschaftshilfe oder durch sonstige, zum gesellschaftlichen Engagement bereite Personen übernommen wird.

§ 64a

Pflegegeld

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches. Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass die Pflegebedürftigen und die Sorgeberechtigten bei pflegebedürftigen Kindern die erforderliche Pflege mit dem Pflegegeld in geeigneter Weise selbst sicherstellen.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist das Pflegegeld entsprechend zu kürzen. Bei der Kürzung ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die pflegebedürftige Person gestorben ist.

(3) Stellt die Pflegekasse ihre Leistungen nach § 37 Absatz 6 des Elften Buches ganz oder teilweise ein, entfällt insoweit die Leistungspflicht nach Absatz 1.

§ 64b

Häusliche Pflegehilfe

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe), soweit die häusliche Pflege nach § 64 nicht durch Pflegegeld sichergestellt werden kann. Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Mehrere Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 können die häusliche Pflege gemeinsam in Anspruch nehmen. Häusliche Pflegehilfe kann auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Unterstützungsangebote im Sinne des § 45a des Elften Buches umfassen; § 64i bleibt unberührt.

(2) Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

§ 64c

Verhinderungspflege

Ist eine Pflegeperson im Sinne von § 64 Absatz 2 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind die angemessenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege zu übernehmen.

§ 64d

Pflegehilfsmittel

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die

1. zur Erleichterung der Pflege der Pflegebedürftigen beitragen,
2. zur Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen beitragen oder
3. den Pflegebedürftigen eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

Der Anspruch umfasst die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

(2) Technische Pflegehilfsmittel sollen den Pflegebedürftigen in geeigneten Fällen leihweise zur Verfügung gestellt werden.

§ 64e

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen können gewährt werden,

1. soweit sie angemessen sind und
2. durch sie

- a) die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert werden kann oder
- b) eine möglichst selbständige Lebensführung der Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden kann.

§ 64f

Andere Leistungen

(1) Zusätzlich zum Pflegegeld nach § 64a Absatz 1 sind die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, soweit diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

(2) Ist neben der häuslichen Pflege nach § 64 eine Beratung der Pflegeperson geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.

(3) Soweit die Sicherstellung der häuslichen Pflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 im Rahmen des Arbeitgebermodells erfolgt, sollen die angemessenen Kosten übernommen werden.

§ 64g

Teilstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, soweit die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

§ 64h

Kurzzeitpflege

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung, soweit die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und die teilstationäre Pflege nach § 64g nicht ausreicht.

(2) Wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nach den §§ 71 und 72 des Elften Buches nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint, kann die Kurzzeitpflege auch erbracht werden

1. durch geeignete Erbringer von Leistungen nach dem Sechsten Kapitel oder
2. in geeigneten Einrichtungen, die nicht als Einrichtung zur Kurzzeitpflege zugelassen sind.

(3) Soweit während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann Kurzzeitpflege auch in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches erbracht werden.

§ 64i

Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen zur

1. Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen,
2. Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags oder
3. Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne des § 45a des Elften Buches.

§ 65

Stationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Der Anspruch auf stationäre Pflege umfasst auch Betreuungsmaßnahmen; § 64b Absatz 2 findet entsprechende Anwendung.

§ 66

Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen zur

1. Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen,
 2. Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags,
 3. Inanspruchnahme von
 - a) Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 64b,
 - b) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 64e,
 - c) anderen Leistungen nach § 64f,
 - d) Leistungen zur teilstationären Pflege im Sinne des § 64g,
 4. Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne des § 45a des Elften Buches.“
6. § 70 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Personen mit eigenem Haushalt sollen Leistungen zur Weiterführung des Haushalts erhalten, wenn weder sie selbst noch, falls sie mit anderen Haushaltsangehörigen zusammenleben, die anderen Haushaltsangehörigen den Haushalt führen können und die Weiterführung des Haushalts geboten ist.“
 - b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Personen im Sinne des Absatzes 1 sind die angemessenen Aufwendungen für eine haushaltsführende Person zu erstatten. Es können auch angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der haushaltsführenden Person für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Weiterführung des Haushalts die Heranziehung einer besonderen Person zur Haushaltsführung erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der haushaltsführenden Person geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.“
7. § 71 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.“

b) Absatz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten,“.

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Leistungen der Altenhilfe sind mit den übrigen Leistungen dieses Buches, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe zu verzahnen. Die Ergebnisse der Gesamtplanung nach § 58 sowie die Grundsätze der Koordination, Kooperation und Konvergenz der Leistungen nach den Vorschriften des Neunten Buches sind zu berücksichtigen.“

8. § 72 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Auf die Blindenhilfe sind Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem Elften Buch, auch soweit es sich um Sachleistungen handelt, bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 mit 50 Prozent des Pflegegeldes des Pflegegrades 2 und bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 3, 4 oder 5 mit 40 Prozent des Pflegegeldes des Pflegegrades 3, höchstens jedoch mit 50 Prozent des Betrages nach Absatz 2, anzurechnen.“

b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „(§§ 61 und 63)“ durch die Wörter „nach dem Siebten Kapitel“ ersetzt.

9. In § 75 Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „§ 61“ durch die Wörter „nach den Vorschriften des Siebten Kapitels“ ersetzt.

10. § 76 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Maßnahmepauschale ist nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf sowie bei Leistungen der häuslichen Pflegehilfe für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte nach § 64b Absatz 1 Satz 3 zu kalkulieren.“

11. In § 87 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Bei schwerstpflegebedürftigen Menschen nach § 64 Abs. 3“ durch die Wörter „Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5“ ersetzt.

12. In § 94 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 61“ durch die Angabe „§ 61a“ ersetzt.

13. Die folgenden §§ 137 und 138 werden angefügt:

„§ 137

Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017

Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit nach den Vorschriften des Siebten Kapitels in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen auf Leistungen nach den Vorschriften des Siebten Kapitels vorliegen, werden ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung wie folgt in die Pflegegrade übergeleitet:

1. Pflegebedürftige mit Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
2. Pflegebedürftige mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
3. Pflegebedürftige mit Pflegestufe III in den Pflegegrad 4.

Die Überleitung in die Pflegegrade nach § 140 des Elften Buches ist für den Träger der Sozialhilfe bindend.

§ 138

Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes

Einer Person, die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf Leistungen nach dem Siebten Kapitel in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hat, sind die ihr am 31. Dezember 2016 zustehenden Leistungen der häuslichen Pflege über den 31. Dezember 2016 hinaus bis zum Abschluss des von Amts wegen zu betreibenden Verfahrens zur Ermittlung und Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung weiter zu gewähren. Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach dem Siebten Kapitel in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, geringer sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die nach Satz 1 gewährten höheren Leistungen nicht vom Leistungsbezieher zu erstatten; § 45 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach dem Siebten Kapitel in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, höher sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die Leistungen rückwirkend nach den Vorschriften des Siebten Kapitels in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren.“

Artikel 3

Änderung des Bundesgleichstellungsgesetzes

In § 3 Nummer 7 des Bundesgleichstellungsgesetzes vom 24. April 2015 (BGBl. I S. 642, 643) werden die Wörter „von § 61 Absatz 1“ durch die Wörter „des Siebten Kapitels“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung der Bundes-Apothekerordnung

Dem § 12 Absatz 2 der Bundes-Apothekerordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1478, 1842), die zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der Apothekerberuf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“

Artikel 5

Änderung der Bundesärzteordnung

Nach § 12 Absatz 3 Satz 1 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz eingefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der ärztliche Beruf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“

Artikel 6

Änderung des Psychotherapeutengesetzes

Dem § 10 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der Beruf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“

Artikel 7

Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde

Dem § 16 Absatz 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der Beruf des Zahnarztes ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“

Artikel 8

Änderung der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

§ 1 der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, die zuletzt durch Artikel 15 Nummer 2 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „des § 64 Abs. 3“ durch die Wörter „von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5“ ersetzt.
2. In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „des § 64 Abs. 3“ durch die Wörter „von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5“ ersetzt.

Artikel 9

Änderung des Einkommensteuergesetzes

In § 3 Nummer 36 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Februar 2016 (BGBl. I S. 310) geändert worden ist, werden die Wörter „zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt.

Artikel 10

Änderung des Gewerbesteuergesetzes

In § 3 Nummer 20 Buchstabe c des Gewerbesteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4167), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 2. November 2015 (BGBl. I S. 1834) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 61 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 61“ ersetzt.

Artikel 11

Änderung des Umsatzsteuergesetzes

§ 4 Nummer 16 Satz 1 Buchstabe g des Umsatzsteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Februar 2005 (BGBl. I S. 386), das zuletzt durch die Artikel 11 und 12 des Gesetzes vom 2. November 2015 (BGBl. I S. 1834) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„g) Einrichtungen, soweit sie Leistungen erbringen, die landesrechtlich als Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt sind,“.

Artikel 12

Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2163) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 25 Absatz 6 wird die Angabe „§ 26c Abs. 8“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 1“ ersetzt.
2. In § 25e Absatz 3 wird die Angabe „§ 26c Abs. 11“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 5“ ersetzt.
3. In § 25f Absatz 2 Nummer 4 werden die Wörter „Pflegegeldleistungen an Schwerstpflegebedürftige nach § 26c Absatz 8 Satz 3“ durch die Wörter „Pflegegeld nach § 26c Absatz 1 für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5“ ersetzt.
4. § 26c wird wie folgt gefasst:

„§ 26c

(1) Beschädigte und Hinterbliebene erhalten Hilfe zur Pflege in entsprechender Anwendung von § 13 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie des Siebten Kapitels des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes geregelt ist.

(2) Der Hilfe zur Pflege gehen die Leistungen nach § 35 vor.

(3) Stellen Pflegebedürftige ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, gelten § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 34 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(4) § 64a Absatz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch findet keine Anwendung.

(5) Bei der Festsetzung der Einkommensgrenze sind folgende Regelungen entsprechend anzuwenden:

1. § 27d Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Pflege in einer stationären Einrichtung, wenn sie voraussichtlich auf längere Zeit erforderlich ist, sowie bei der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 oder 3 und
2. § 27d Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 sowie § 27d Absatz 5 Satz 2 und 3 bei dem Pflegegeld für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5.

(6) Werden Leistungen der Hilfe zur Pflege für ein volljähriges Kind der Beschädigten erbracht, haben Beschädigte Einkommen und Vermögen bis zur Höhe des Betrages nach § 27h Absatz 2 Satz 3 einzusetzen, soweit das Einkommen die für die Leistung maßgebliche Einkommensgrenze nach § 25e Absatz 1 oder § 26c Absatz 5 oder das Vermögen die Vermögensgrenze nach § 25f übersteigt.“

5. § 26d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Beschädigte und Hinterbliebene mit eigenem Haushalt sollen Leistungen zur Weiterführung des Haushalts erhalten, wenn weder sie selbst noch Haushaltsangehörige, mit denen sie zusammenleben, den Haushalt führen können und die Weiterführung des Haushalts geboten ist. Der Träger der Kriegsopferfürsorge soll darauf hinwirken, dass die Weiterführung des Haushalts durch Personen, die den Beschädigten und Hinterbliebenen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen wird. Die Leistungen sollen in der Regel nur vorübergehend erbracht werden. Satz 3 gilt nicht, wenn durch die Leistungen die Unterbringung in einer stationären Einrichtung vermieden oder aufgeschoben werden kann.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Beschädigten und Hinterbliebenen im Sinne des Absatzes 1 sind die angemessenen Aufwendungen für eine haushaltsführende Person zu erstatten. Es können auch angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der haushaltsführenden Person für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Weiterführung des Haushalts die Heranziehung einer besonderen Person zur Haushaltsführung erforderlich oder eine Beratung oder eine zeitweilige Entlastung der haushaltsführenden Person geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.“

6. § 26e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und Beschädigten und Hinterbliebenen im Alter die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeiten zur Selbsthilfe zu stärken.“

b) Absatz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten,“.

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Leistungen der Altenhilfe sind mit den übrigen Leistungen dieses Gesetzes, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe zu verzahnen. Die Ergebnisse der Gesamtplanung nach § 58 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Grundsätze der Koordination, Kooperation und Konvergenz der Leistungen nach den Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.“

7. § 27d wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c wird das Komma und werden die Wörter „wenn der in § 26c Abs. 8 Satz 1 und 2 genannte Schweregrad der Pflegebedürftigkeit besteht“ durch die Wörter „von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 oder 3“ ersetzt.
 - bb) In Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b werden die Wörter „nach § 26c Abs. 8 Satz 3“ durch die Wörter „für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5“ ersetzt.
 - b) In Absatz 7 wird die Angabe „§ 26c Abs. 12“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 6“ ersetzt.
8. In § 27h Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 26c Abs. 11“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 5“ ersetzt.
9. Nach § 27j wird folgender § 27k eingefügt:

„§ 27k

(1) Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit nach § 26c in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen auf Leistungen nach § 26c vorliegen, werden ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung wie folgt in die Pflegegrade übergeleitet:

1. Pflegebedürftige mit Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
2. Pflegebedürftige mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
3. Pflegebedürftige mit Pflegestufe III in den Pflegegrad 4.

(2) Die Überleitung in die Pflegegrade nach § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist für den Träger der Kriegsopferfürsorge bindend.“

10. § 64b wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Pflegegeld nach § 26c Absatz 1,“.
 - b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „der Pflegestufe, die für Leistungen nach § 26c Absatz 8“ durch die Wörter „des Pflegegrades, der für die Erbringung von Pflegegeld nach § 26c Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 13

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Absatz 3 werden die Wörter „§ 66 Absatz 4 Satz 2“ durch die Angabe „§ 63b Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.
2. In § 37 Absatz 1a Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigkeit“ die Wörter „mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5“ eingefügt.
3. In § 39c Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigkeit“ die Wörter „mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5“ eingefügt.
4. Nach § 132a Absatz 2 Satz 9 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; die Vorschriften zur Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleiben unberührt. Der Leistungserbringer hat der Krankenkasse anzuzeigen, dass er behandlungspflegerische Leistungen erbringt, bei denen aufgrund eines erhöhten Pflegeaufwandes oder einer Bedrohung der Vitalfunktionen des Versicherten die ununterbrochene Anwesenheit einer Pflegefachkraft erforderlich ist, wenn er diese Leistungen für mindestens zwei Versicherte in einer durch ihn oder einen Dritten organisierten Wohneinheit erbringt.“

5. Nach § 275a wird folgender § 275b eingefügt:

„§ 275b

Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen veranlassen bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 2 abgeschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches unterliegen, Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst; § 114 Absatz 2 und 3 des Elften Buches gilt entsprechend. Der Medizinische Dienst führt bei Leistungserbringern mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 2 abgeschlossen haben, im Auftrag der Krankenkassen oder der Landesverbände der Krankenkassen auch anlassbezogen Prüfungen durch, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den nach diesem Buch abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen für Leistungen nach § 37 erfüllt sind und ob die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist; § 114 Absatz 4 des Elften Buches gilt entsprechend. Das Nähere, insbesondere zu den Prüfanlässen, den Inhalten der Prüfungen, der Durchführung der Prüfungen, der Beteiligung der Krankenkassen an den Prüfungen sowie zur Abstimmung der Prüfungen nach den Sätzen 1 und 2 mit den Prüfungen nach § 114 des Elften Buches bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3. § 114a Absatz 7 Satz 5 bis 8 und 11 des Elften Buches gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Die Richtlinien sind bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen.

(2) Für die Durchführung der Prüfungen nach Absatz 1 gelten § 114a Absatz 1 bis 3a des Elften Buches sowie § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9 entsprechend. Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 2 abgeschlossen haben und die in einer Wohneinheit behandlungspflegerische Leistungen erbringen, die nach § 132a Absatz 2 Satz 11 anzeigepflichtig sind, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Räume dieser Wohneinheit, die einem Wohnrecht der Versicherten unterliegen, dürfen vom Medizinischen Dienst ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung drohender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst ist im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 befugt, zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume des Leistungserbringers, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 2 abgeschlossen haben, zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Prüfungen nach Absatz 1 erforderlich und in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 3 festgelegt ist; für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. Der Leistungserbringer, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 2 abgeschlossen haben, ist zur Mitwirkung bei den Prüfungen nach Absatz 1 verpflichtet und hat dem Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Medizinische Dienst die Prüfungen nach Absatz 1 ordnungsgemäß durchführen kann. Im Rahmen der Mitwirkung ist der Leistungserbringer befugt und verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese Daten dem Medizinischen Dienst auf dessen Anforderung zu übermitteln. Für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. § 114a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Elften Buches sowie § 277 Absatz 1 Satz 4 gelten entsprechend.

(3) Der Medizinische Dienst berichtet dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über seine Erfahrungen mit den nach den Absätzen 1 und 2 durchzuführenden Prüfungen,

über die Ergebnisse seiner Prüfungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege. Die Medizinischen Dienste stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat die Erfahrungen und Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu den nach den Absätzen 1 und 2 durchzuführenden Prüfungen sowie die Ergebnisse dieser Prüfungen in den Bericht nach § 114a Absatz 6 des Elften Buches einzubeziehen.“

6. In § 281 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 275 Abs. 1 bis 3a und § 275a mit Ausnahme der Kontrollen nach § 275a Absatz 4 erforderlichen Mittel“ durch die Wörter „§ 275 Absatz 1 bis 3a, § 275a und § 275b erforderlichen Mittel mit Ausnahme der erforderlichen Mittel für die Kontrollen nach § 275a Absatz 4“ ersetzt.
7. Dem § 302 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung anzugeben.“

Artikel 14

Änderung des Pflege-Versicherungsgesetzes

Die Artikel 49, 49a, 49b und 52a des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 6 des Gesetzes vom 29. Juni 2015 (BGBl. I S. 1061) geändert worden ist, werden aufgehoben.

Artikel 15

Änderung der Pflegestatistik-Verordnung

Die Pflegestatistik-Verordnung vom 24. November 1999 (BGBl. I S. 2282), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Juli 2013 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:
„4. betreute Pflegebedürftige
 - a) nach Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit,
 - b) bei stationär betreuten Pflegebedürftigen auch die Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistung,
 - c) bei ambulant betreuten Pflegebedürftigen die Postleitzahl des Wohnorts sowie
 - d) bei vollstationär betreuten Pflegebedürftigen die Postleitzahl des Wohnorts vor Einzug in das Pflegeheim,“.
 - bb) In Nummer 5 Buchstabe a wird das Wort „Pflegeklassen“ durch das Wort „Pflegegraden“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „nach §§ 37, 38 oder 123 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ durch die Wörter „nach den §§ 37 oder 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

2. In § 3 Nummer 4 werden die Wörter „Telefon- und Telefaxnummer“ durch das Wort „Kontaktdaten“ ersetzt.
3. In § 7 werden die Wörter „Telefon- und Telefaxnummer“ durch das Wort „Kontaktdaten“ ersetzt.

Artikel 16

Änderung des Medizinproduktegesetzes

Das Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 278 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 14 wie folgt gefasst:
„§ 14 Tätigkeiten im Zusammenhang mit Medizinprodukten“.
2. § 11 Absatz 3a wird aufgehoben.
3. § 13 Absatz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:
„(2) Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Hersteller und einer Benannten Stelle über
 1. die Anwendung der vorgenannten Regeln,
 2. die Abgrenzung von Medizinprodukten zu anderen Produkten oder
 3. die Einstufung, ob es sich bei Medizinprodukten der Klasse I um solche mit Messfunktion oder um steril in Verkehr gebrachte Medizinprodukte handelt,hat die Benannte Stelle der zuständigen Behörde die Angelegenheit zur Entscheidung vorzulegen.
(3) Die zuständige Bundesoberbehörde entscheidet ferner auf Antrag einer zuständigen Behörde oder des Herstellers über
 1. die Klassifizierung einzelner Medizinprodukte,
 2. die Abgrenzung von Medizinprodukten zu anderen Produkten oder
 3. die Einstufung, ob es sich bei Medizinprodukten der Klasse I um solche mit Messfunktion oder um steril in Verkehr gebrachte Medizinprodukte handelt.“
4. § 14 wird wie folgt gefasst:

„§ 14

Tätigkeiten im Zusammenhang mit Medizinprodukten

Medizinprodukte dürfen nur nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 37 Absatz 5 betrieben und angewendet werden. Medizinprodukte dürfen nicht betrieben und angewendet werden, wenn sie Mängel aufweisen, durch die Patienten, Beschäftigte oder Dritte gefährdet werden können.“

5. § 15 wird wie folgt gefasst:

„§ 15

Benennung und Überwachung der Stellen, Anerkennung und Beauftragung von Prüflaboratorien

(1) Bei der zuständigen Behörde kann ein Antrag auf Benennung als Benannte Stelle gestellt werden. Voraussetzung für die Benennung ist, dass die Befähigung der Stelle zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben

sowie die Einhaltung der Kriterien des Anhangs 8 der Richtlinie 90/385/EWG, des Anhangs XI der Richtlinie 93/42/EWG, des Anhangs IX der Richtlinie 98/79/EG und der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 920/2013 der Kommission vom 24. September 2013 über die Benennung und Beaufsichtigung benannter Stellen gemäß der Richtlinie 90/385/EWG des Rates über aktive implantierbare medizinische Geräte und der Richtlinie 93/42/EWG des Rates über Medizinprodukte (ABl. L 253 vom 25.9.2013, S. 8) entsprechend den Verfahren, für die sie benannt werden soll, durch die zuständige Behörde in einem Benennungsverfahren festgestellt wurden. Die Benennung kann unter Auflagen erteilt werden und ist zu befristen. Die zuständige Behörde teilt der Europäischen Kommission die Benannten Stellen, die für Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung von Konformitätsbewertungsverfahren nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 37 Absatz 1 benannt wurden, sowie die Aufgabengebiete der Benannten Stellen mit.

(2) Die zuständige Behörde überwacht die Einhaltung der in Absatz 1 für Benannte Stellen festgelegten Verpflichtungen und Anforderungen. Die zuständige Behörde trifft die Anordnungen, die zur Beseitigung festgestellter Mängel oder zur Verhütung künftiger Verstöße notwendig sind. Die Überwachung der Benannten Stellen, die an der Durchführung von Konformitätsbewertungsverfahren für Medizinprodukte, die ionisierende Strahlen erzeugen oder radioaktive Stoffe enthalten, beteiligt sind, wird im Auftrag des Bundes durch die Länder ausgeführt. Die zuständige Behörde kann von der Benannten Stelle und deren mit der Leitung und der Durchführung von Fachaufgaben beauftragten Personal die zur Erfüllung ihrer Überwachungsaufgaben erforderlichen Auskünfte und sonstige Unterstützung verlangen. Die zuständige Behörde ist befugt, die Benannte Stelle bei Überprüfungen zu begleiten. Die Beauftragten der zuständigen Behörde sind befugt, zu den üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten Grundstücke und Geschäftsräume sowie Prüflaboratorien zu betreten und zu besichtigen und die Vorlage von Unterlagen insbesondere Unterlagen über die Erteilung der Bescheinigungen und zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen des Absatzes 1 Satz 2 zu verlangen. Das Betretungsrecht erstreckt sich auch auf Grundstücke des Herstellers und seiner Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung, soweit die Überwachung dort erfolgt. § 26 Absatz 4 und 5 gilt entsprechend.

(3) Stellen, die der Europäischen Kommission und den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union auf Grund eines Rechtsaktes des Rates oder der Europäischen Kommission von einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum mitgeteilt wurden, sind Benannten Stellen nach Absatz 1 gleichgestellt.

(4) Die zuständige Behörde macht die deutschen Benannten Stellen mit ihren jeweiligen Aufgaben und ihrer Kennnummer auf ihrer Internetseite bekannt.

(5) Soweit eine Benannte Stelle zur Erfüllung ihrer Aufgaben Prüflaboratorien beauftragt, muss sie sicherstellen, dass diese die auf sie zutreffenden Kriterien des Anhangs 8 der Richtlinie 90/385/EWG, des Anhangs XI der Richtlinie 93/42/EWG in Verbindung mit Anhang I der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 920/2013 oder des Anhangs IX der Richtlinie 98/79/EG entsprechend den Verfahren, für die sie beauftragt werden sollen, erfüllen. Die Erfüllung der Mindestkriterien ist in einem Anerkennungsverfahren durch die zuständige Behörde festzustellen. Die Anerkennung kann unter Auflagen erteilt werden und ist zu befristen.“

6. § 15a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 15 Absatz 1, 2 und 4 gilt entsprechend.“

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „dem Bundesministerium für Gesundheit“ durch die Wörter „der Europäischen Kommission“ ersetzt.

7. § 16 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die zuständige Behörde teilt der Europäischen Kommission unverzüglich das Erlöschen, die Rücknahme und den Widerruf unter Angabe der Gründe und der für notwendig erachteten Maßnahmen mit. Erlöschen, Rücknahme und Widerruf einer Benennung sind von der zuständigen Behörde auf deren Internetseite bekannt zu machen.“

8. § 26 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
- „1. Grundstücke, Geschäftsräume, Betriebsräume, Beförderungsmittel, in denen eine Tätigkeit nach Absatz 1 ausgeübt wird, zu den üblichen Geschäftszeiten und zur Verhütung drohender Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung auch Wohnräume, in denen eine Tätigkeit nach Absatz 1 ausgeübt wird, zu betreten und zu besichtigen sowie in Geschäftsräumen, Betriebsräumen und Beförderungsmitteln zur Dokumentation bewegte und unbewegte Bildaufzeichnungen anzufertigen; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.“
- b) In Nummer 3 werden die Wörter „und hieraus in begründeten Fällen Abschriften oder Ablichtungen anzufertigen“ gestrichen.
- c) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:
- „3a. Abschriften oder Ablichtungen von Unterlagen nach Nummer 3 oder Ausdrücke oder Kopien von Datenträgern, auf denen Unterlagen nach Nummer 3 gespeichert sind, anzufertigen oder zu verlangen, soweit es sich nicht um personenbezogene Daten von Patienten handelt.“
- d) Der Nummer 4 werden die Wörter „von natürlichen und juristischen Personen und nicht rechtsfähigen Personenvereinigungen“ vorangestellt und der Punkt am Ende wird durch ein Komma ersetzt.
- e) Folgende Nummer 5 wird angefügt:
- „5. Unterlagen und Dokumente, die nach Maßgabe der Verordnung nach § 37 Absatz 5 zu erstellen und zu führen sind, einzusehen.“
9. § 31 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
- „(4) Der Medizinprodukteberater hat Mitteilungen von Angehörigen der Fachkreise über Nebenwirkungen, wechselseitige Beeinflussungen, Fehlfunktionen, technische Mängel, Gegenanzeigen, Verfälschungen oder sonstige Risiken bei Medizinprodukten aufzuzeichnen und unverzüglich dem Verantwortlichen nach § 5 Satz 1 und 2 oder dessen Sicherheitsbeauftragten für Medizinprodukte schriftlich oder elektronisch zu übermitteln.“
10. Dem § 32 Absatz 3 Nummer 3 werden die Wörter „die Bundesoberbehörden,“ vorangestellt.
11. § 42 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 5 werden die Wörter „oder Absatz 3a“ gestrichen.
- bb) In Nummer 15 werden die Wörter „nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise aufzeichnet oder nicht“ durch die Wörter „nicht richtig oder nicht vollständig aufzeichnet oder nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise“ ersetzt.
- cc) In Nummer 16 wird nach der Angabe „Abs. 1,“ die Angabe „2,“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 wird das Wort „fünfundzwanzigtausend“ durch das Wort „dreißigtausend“ ersetzt.

Artikel 17

Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

Die Medizinprodukte-Abgabeverordnung vom 25. Juli 2014 (BGBl. I S. 1227), die durch Artikel 4 der Verordnung vom 19. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.
2. § 4 wird wie folgt geändert

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „oder § 3 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 Satz 1“ gestrichen.
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
 - „(3) Ordnungswidrig im Sinne des § 42 Absatz 2 Nummer 16 des Medizinproduktegesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig
 - 1. entgegen § 2 ein Medizinprodukt in den Verkehr bringt oder
 - 2. entgegen § 3 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 ein Medizinprodukt abgibt.“

Artikel 18

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. Januar 2017 in Kraft.
- (2) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe d, Nummer 9, 11, 12 und 15 tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb leisten neben der sozialen Pflegeversicherung auch Kommunen und die Länder nach dem Pflege-Versicherungsgesetz schon jetzt einen wichtigen Beitrag zur pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Es hat sich gezeigt, dass Kommunen insbesondere bei der Planung und der Entwicklung der Pflegestruktur vor Ort gestärkt werden müssen. Hierzu hat die Bundesregierung auch die Altenberichtscommission für den Siebten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, der unter dem Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ steht, angehört.

Eine Bund-Länder Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hat eine Reihe von Empfehlungen beschlossen, um Pflege vor Ort zu stärken. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung hat sie gemeinsam Maßnahmen konsentiert, die der föderalen Aufgabenteilung folgend Steuerung, Kooperation und Koordination von Beratung und Pflege vor Ort verbessert. Ziel ist es, die Voraussetzungen dafür zu verbessern, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich zu Hause in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können.

Der Gesetzentwurf orientiert sich daher eng an den Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege vom 12. Mai 2015 und setzt diejenigen Empfehlungen um, die einer gesetzlichen Regelung bedürfen.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit Wirkung vom 1. Januar 2017 in die soziale Pflegeversicherung eingeführt.

Aufgrund der weitgehenden Begriffsidentität zwischen dem Recht der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) und der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) sowie dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist sowohl die Sozialhilfe als auch die soziale Entschädigung nach dem BVG unmittelbar von der Entscheidung über einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument (NBA) betroffen. Dies umfasst sowohl die gesetzlichen Regelungen zu den Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit und dem neuen Begutachtungsverfahren als auch die leistungsrechtliche Hinterlegung. Darüber hinaus enthält der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff Teilhabe-Elemente, die eine Abgrenzung der Leistungen der Hilfe zur Pflege zu den Leistungen der Eingliederungshilfe erfordern. Die Schnittstellen zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen werden sich nach Einschätzung des Expertenbeirats weiter verschärfen; sie seien im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu lösen (vgl. Abschlussbericht des Expertenbeirats, Seite 10, Ziffer 19).

Mit der Einführung der Pflegeversicherung sollte dazu beigetragen werden, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden Belastungen zu mildern. Die Pflegebedürftigen sollten in der überwiegenden Zahl nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen sein: Wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben habe, sollte wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht mehr zum Sozialamt gehen müssen (BT-Drs. 12/5617). Die meisten Leistungen nach dem SGB XI sind auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt (Teilleistungssystem). Bei dem einzelnen Pflegebedürftigen kann daher, auch wenn er in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist, ein darüber hinausgehender Bedarf bestehen, der bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Sozialhilfe gedeckt werden muss. Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden von der Pflegeversicherung nicht übernommen. Sofern bei den Pflegebedürftigen eine finanzielle Bedürftigkeit vorliegt, sind diese Kosten von den Trägern der Sozialhilfe zu tragen. Mit Einführung der Pflegeversicherung ist die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege zunächst deutlich zurückgegangen. Seit dem Jahr 2000 steigt die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger wieder an, allerdings nicht schneller als die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen. Der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pfl-

gebedürftigen beläuft sich deshalb seither konstant auf rund 13 Prozent. Die Ausgaben der Hilfe zur Pflege sind seither ebenfalls gestiegen, jedoch langsamer als die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung. Im Jahr 2014 beliefen sich diese Ausgaben auf netto rund 3,5 Milliarden Euro.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch zukünftig keine Vollabsicherung des Pflegerisikos durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beabsichtigt. Die Höhe der Versicherungsleistungen nach dem SGB XI bleibt vielmehr auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt (Teilleistungssystem). Bei den Pflegebedürftigen kann daher auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflegeleistungen bestehen, der bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege gedeckt werden muss. Darüber hinaus werden auch weiterhin die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht übernommen. Im Fall der finanziellen Bedürftigkeit werden daher auch diesbezüglich die Kosten von den Trägern der Sozialhilfe regelmäßig zu tragen sein. Im Fall stationärer Versorgung in einer Pflegeeinrichtung sind Sonderregelungen zu beachten.

Die begrenzten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden somit auch in Zukunft das ergänzende System der Hilfe zur Pflege erfordern, damit der pflegerische Bedarf von Pflegebedürftigen im Fall der finanziellen Bedürftigkeit umfassend sichergestellt ist. Sowohl rechtssystematisch als auch im Sinne der Pflegebedürftigen ist somit auch weiterhin eine (weitgehende) Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe unabdingbar.

Zudem werden bestehende Instrumente zur Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug ergänzt und neue Regelungen eingeführt; dies erfolgt sowohl im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch im Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Die aufeinander abgestimmten Regelungen zielen insbesondere darauf ab, bestehende Vorschriften bei den Qualitätsprüfungen, vor allem im Bereich der nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) finanzierten häuslichen Krankenpflege (HKP), weiterzuentwickeln. Mit der Erweiterung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Bezug auf Leistungen der HKP um systematische Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen werden die Patienten und ihre Angehörigen, aber auch die korrekt arbeitende und abrechnende große Mehrheit der Pflegedienste künftig besser vor Falschabrechnungen und dem möglichen kriminellen Handeln einzelner Anbieter geschützt. Gleichzeitig werden Instrumente der Qualitätsprüfung im Bereich der Pflege insgesamt weiterentwickelt sowie die Landesrahmenverträge der Pflegeselbstverwaltung um Vorschriften zu Vertragsvoraussetzungen und Vertragserfüllung ergänzt.

Aufgrund praktischer Erfahrungen besteht in einigen Punkten Klarstellungs- und Korrekturbedarf im Medizinproduktebereich. So soll das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auch entscheiden bei Fragen, ob es sich bei Klasse I Medizinprodukten um solche mit Messfunktion oder steril in Verkehr gebrachte Medizinprodukte handelt. Der Kreis der von der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt zu beratenden Behörden wird erweitert. Der Ablauf beim Benennungsverfahren von Benannten Stellen und die damit verbundenen Informationspflichten durch die zuständige Behörde werden praxisgerechter gestaltet und entbürokratisiert. Die Kompetenzen der zuständigen Behörden im Zusammenhang mit der Einsichtnahme und gegebenenfalls Ablichtung von Dokumenten wird präzisiert. Durch das Inkrafttreten der Medizinprodukte-Abgabeverordnung wurde eine umfassende Regelung für Vertriebswege von Medizinprodukten und In-vitro-Diagnostika geschaffen. Damit wird die Sonderregelung für HIV-Heimtests nach § 11 Absatz 3a des Medizinproduktegesetzes (MPG) entbehrlich.

Daneben enthält der Gesetzentwurf eine Änderung der Bundes-Apothekerordnung, der Bundesärzteordnung, des Psychotherapeutengesetzes sowie des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde, die die Festlegung der örtlichen Zuständigkeit im Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises betrifft.

Darüber hinaus besteht Anpassungsbedarf im SGB V. Es muss sichergestellt werden, dass von der neu eingeführten Kurzzeitpflege der GKV nach § 39c SGB V ab dem 1. Januar 2017 nur diejenigen Pflegebedürftigen ausgeschlossen werden, die als Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 einen Anspruch auf Kurzzeitpflege nach dem SGB XI haben. Die Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 erhalten nur bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung; Leistungen der Kurzzeitpflege gehören nicht dazu.

Anpassungsbedarf besteht schließlich auch in weiteren Gesetzen und Verordnungen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommune in der Pflege werden durch Regelungen in den Bereichen Sicherstellung der Versorgung, niedrigschwellige Angebote und Beratung umgesetzt.

1. Sicherstellung der Versorgung

Regionale Pflegekonferenzen werden als optionales Gremium vorgesehen. Sofern sie von den Ländern eingerichtet werden, wirken die Pflegekassen an den Beratungen mit.

Als weitere optionale Gremien werden sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse vorgesehen, an denen die Pflegekassen mitwirken. Es obliegt den Ländern, die Ausschüsse mit dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V zusammenzuführen bzw. mit dem Landespflegeausschuss nach § 8a Absatz 1 SGB XI.

Die Pflegekassen werden verpflichtet, in den genannten Pflegeausschüssen (Landespflegeausschüsse, Sektorenübergreifende Ausschüsse und Regionale Ausschüsse) an der Abgabe von Empfehlungen zur Pflegestrukturplanung mitzuwirken und stellen die dafür erforderlichen Daten zur Verfügung. Die Pflegekassen berichten über die Umsetzung der Empfehlungen der Pflegestrukturplanung. Die Empfehlungen betreffend die Weiterentwicklung der Versorgung werden bei den Verhandlungen zum Abschluss von Versorgungs-, Rahmen-, und Vergütungsverträgen einbezogen.

Die Pflegestatistik wird um die Erfassung des Wohnorts pflegebedürftiger Menschen vor dem Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung ergänzt.

2. Niedrigschwellige Angebote

Kommunale Stellen erhalten die Möglichkeit, ihren Finanzierungsbeitrag zur Förderung des Auf- und Ausbaus niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote nicht nur durch liquide Geldmittel, sondern auch durch sonstige Leistungen (Personal- und Sachmittel) erbringen zu können.

Zur Verbesserung der Fördermöglichkeiten durch die Länder werden die zur Verfügung stehenden Mittel des § 45c SGB XI besser genutzt, indem nicht abgerufene Mittel von denjenigen Ländern genutzt werden können, die ihre Mittel bereits weitestgehend ausgeschöpft haben.

3. Beratung

Kommunale Stellen erhalten zeitlich befristet bei finanzieller Beteiligung die Möglichkeit, Pflegestützpunkte zu initiieren, wenn die Länder dies vorsehen.

Es werden verpflichtende Rahmenverträge zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte einerseits und zur Zuständigkeit für die Koordinierung der Arbeit und die Auskunftspflicht andererseits unter Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände verankert. Ferner wird eine Schiedsstelle für den Fall vorgesehen, dass Rahmenverträge nicht zustande kommen.

Das gesetzlich vorgegebene Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte wird um die Erbringung der Beratung nach § 7a SGB XI ergänzt.

§ 7c Absatz 2 SGB XI wird um „Einrichtungen in der Kommune“ wie z. B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser, Lokale Allianzen für Demenz und Freiwilligenagenturen ergänzt, denen eine Beteiligung an einem Pflegestützpunkt zu ermöglichen ist.

Die Beratungsstellen gemäß § 7b SGB XI, die mit einem von der Pflegekasse ausgestellten Beratungsgutschein in Anspruch genommen werden können, werden um Kommunale Stellen/Einrichtungen erweitert.

Den Kommunen wird die Möglichkeit eingeräumt, Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI zu erbringen.

Es wird ein für die Länder optionales Modellprojekt mit einer Laufzeit von fünf Jahren eingeführt, in dessen Rahmen eine Anzahl von bis zu 60 „Modellvorhaben Pflege“ zugelassen werden. In den Modellvorhaben können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger die Beratung nach den §§ 7a bis 7c, 37 Absatz 3 und die

Pflegekurse nach § 45 SGB XI von den Pflegekassen und sonstigen Beratungsstellen übernehmen. So erhalten die Kommunen die Möglichkeit, Beratung zur Pflege, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe und Altenhilfe aus einer Hand anzubieten. Die Modellvorhaben werden evaluiert und mit anderen Modellen zur Stärkung von Beratung und Vernetzung und mit Vergleichskommunen verglichen. In dieser Evaluation soll die Frage der Wahlfreiheit der Beratung besonders berücksichtigt werden.

Zur besseren Verzahnung der kommunalen Beratung im Rahmen der Daseinsvorsorge mit der Beratung der Pflegekassen werden die Zusammenarbeit der Träger der Sozialhilfe in § 4 SGB XII präzisiert. Darüber hinaus werden die Regelungen zur Altenhilfe nach § 71 SGB XII weiterentwickelt und konkretisiert.

Zusätzlich regelt der vorliegende Gesetzentwurf die zeitgleiche Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowohl in die Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII als auch in die Hilfe zur Pflege nach dem BVG zum 1. Januar 2017. Die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII und dem BVG soll in ihrer Funktion als ergänzende Leistung erhalten bleiben und ebenfalls den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff übernehmen. Zur Wahrung der weitgehenden Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe von SGB XI, SGB XII und dem BVG wird entsprechend dem SGB XI der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für die Hilfe zur Pflege eingeführt. Betreuungsleistungen, die bisher nicht vom geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst und durch die Pflegeversicherung zusätzlich gemäß §§ 45b, 87b und 124 SGB XI erbracht werden, werden Bestandteil des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und als neue Leistung im Rahmen der Hilfe zur Pflege auch durch die Träger der Sozialhilfe sowie die Träger der Kriegsopferfürsorge erbracht.

III. Alternativen

Keine. Es besteht Konsens zwischen Bund und Ländern, dass zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung vor Ort die Pflege in den Kommunen gestärkt werden muss.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch im Recht der Hilfe zur Pflege zwingend erforderlich.

Auch die Änderungen im MPG und in der Medizinprodukte-Abgabeverordnung sind alternativlos. Das Regelungsziel kann nur durch eine Gesetzänderung erreicht werden. Andere Alternativen sind weder zielführend noch effektiv. Eine alternative Aufgabenerledigung durch Private scheidet angesichts der Regelungsinhalte des Gesetzentwurfs aus.

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 (GG) (Sozialversicherung). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 GG (Recht der Wirtschaft; privatrechtliches Versicherungswesen) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. 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 (vgl. § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI).

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Sozialhilferecht nach dem SGB XII (Artikel 2) sowie für das Recht der sozialen Entschädigung nach dem BVG (Artikel 11) ergibt sich für das Fürsorgerecht aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 GG (öffentliche Fürsorge). Der Bund hat auf diesem Gebiet die Gesetzgebungskompetenz, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundeseinheitliche Regelung erforderlich macht (Artikel 72 Absatz 2 GG). Für die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse sind das Recht der Sozialhilfe sowie das Recht der Sozialen Entschädigung und damit auch der Hilfe zur Pflege von besonderer Bedeutung.

Bei der Sozialhilfe handelt es sich um das unterste soziale Leistungssystem. Eine bundeseinheitliche Regelung der pflegerischen Versorgung ist unverzichtbar, damit sich die Lebensverhältnisse in den Ländern nicht in erheblicher Weise auseinander entwickeln.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Recht der Medizinprodukte folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG.

Die Zuständigkeit des Bundes für die Artikel 4 bis 7 ergibt sich ebenfalls aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG (Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen).

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

Der Gesetzesentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Durch die Verpflichtung zum Abschluss von Rahmenverträgen für Pflegestützpunkte auf Landesebene nach § 7c Absatz 6 SGB XI-E wird die Einrichtung von Pflegestützpunkten erleichtert und der Verhandlungsaufwand zwischen den Trägern der Pflegestützpunkte reduziert, da bereits Vorgaben zur Arbeit und Verantwortlichkeit in den Pflegestützpunkten und insbesondere zur Finanzierung der Pflegestützpunkte getroffen werden und nicht mehr für einzelne Pflegestützpunkte verhandelt werden müssen.

Insgesamt führt die mit diesem Gesetz beabsichtigte weitere Stärkung der Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen dazu, dass die Betroffenen auch besser über ihre Leistungsansprüche informiert werden und die bestehenden Angebote besser und passgenau abrufen können.

Im Zuge einer effektiven Rechtsbereinigung werden weitere gesetzliche Regelungen aufgehoben, die ihren Anwendungsbereich verloren haben. Dies geschieht zur Wahrung einer zeitgemäßen, übersichtlichen und effektiven Rechtsordnung. Zudem werden redaktionelle Änderungen und Anpassungen in Folge der Pflegestärkungsgesetze umgesetzt.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch im SGB XII und im BVG wird im System Pflege, bestehend aus SGB XI, SGB XII und BVG, auf der Grundlage eines weitgehend identischen Pflegebedürftigkeitsbegriffs über die Pflegebedürftigkeit und die daraus entstehenden Leistungsansprüche entschieden. Gegenüber dem bisherigen Recht wird die Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe zwischen SGB XI, SGB XII sowie BVG weiter verstärkt, indem insbesondere zusätzliche Betreuungsleistungen, die bisher nur für Versicherte gemäß §§ 45b und 87b SGB XI erbracht worden sind, künftig auch von den Trägern der Sozialhilfe sowie den Trägern der Kriegsopferfürsorge erbracht werden.

Um der Praxis die Anwendung der Vorschriften des Siebten Kapitels des SGB XII zu erleichtern, wird weitgehend auf Verweise auf das SGB XI verzichtet.

Schließlich werden mehrere rechtliche Klarstellungen, z. B. in den §§ 13 und 26 MPG, sowie Verwaltungsvereinfachungen, z. B. in § 15 MPG, vorgenommen.

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 Nachhaltigkeit des Systems werden Grundlagen dafür geschaffen, die Versorgungsstrukturen vor Ort besser an den Bedarf der Pflegebedürftigen anzupassen. Dies geschieht zunächst durch eine bessere Einbindung der kommunalen Stellen bei der Steuerungs- und Planungskompetenz. Darüber hinaus werden die kommunalen Stellen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich

eingebunden. Schließlich werden durch die stärkere Einbeziehung kommunaler Stellen die Möglichkeiten verbessert, Sozialräume so zu entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können.

Auch in Bezug auf das MPG sowie in Bezug auf die Medizinprodukte-Abgabeverordnung wurden bei der Erarbeitung des Gesetzes die Ziele und Managementregeln der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie berücksichtigt. Nach Überprüfung der zehn Managementregeln der Nachhaltigkeit und der 21 Schlüsselindikatoren für eine nachhaltige Entwicklung erweist sich das Gesetz als vereinbar mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. So sind gemäß Managementregel 4 „Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit [...] zu vermeiden“. Die im Entwurf vorgesehenen Regelungen stehen nicht im Widerspruch zu dieser Zielsetzung.

3. Demografische Aspekte

Die demografischen Folgen und Risiken wurden anhand des vom Bundesministerium des Innern veröffentlichten Demografie-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 macht es notwendig, die Strukturen im Bereich der Pflege weiter zu verbessern und Angebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen stärker als bisher zu verzahnen.

Direkte und unmittelbare Auswirkungen auf die demografische Entwicklung in Deutschland, etwa auf die künftige Geburtenentwicklung, Zuwanderung oder die regionale Verteilung der Bevölkerung und das Generationenverhältnis, sind durch das Gesetzgebungsvorhaben 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 Gesetzgebungsvorhaben weiter verfolgt, indem die Rolle von Kommunen im Rahmen der pflegerischen Versorgung gestärkt wird.

Die Bundesregierung hat bereits 2012 damit begonnen, eine Demografiestrategie zu entwickeln, um den demografischen Wandel und die damit verbundenen gesellschaftlichen Prozesse besser steuern zu können. In ihrer „Weiterentwicklung der Demografiestrategie“ aus dem Jahr 2015 führt die Bundesregierung aus, dass den Kommunen als Lebensort für ein selbstbestimmtes Leben im Alter und als Akteure zur Gestaltung des demografischen Wandels eine besondere Bedeutung zukommt. Sie betont, dass es wichtig ist, Prozesse zur Gestaltung des demografischen Wandels vor Ort anzustoßen und zu begleiten. Dieser Ansatz wird durch das aktuelle Gesetzgebungsvorhaben unterstützt, indem es die Empfehlungen der Bund-Länder Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umsetzt. Ferner führt die Bundesregierung in der „Weiterentwicklung der Demografiestrategie“ aus, dass erfolgreiche Pflegeangebote vor allem dort geschaffen werden können, wo das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure gut funktioniert. Deshalb legt die Bundesregierung Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit den Kommunen. Gerade für die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie in der Organisation der örtlichen Hilfs- und Betreuungsangebote sind Kommunen wichtig, da hier die Angebote der verschiedenen Akteure zusammentreffen. Besonderes Augenmerk wird deshalb im aktuellen Gesetzgebungsvorhaben auf die Verbesserung der Zusammenarbeit in der Pflegeberatung gelegt.

Als weitere Folge des demografischen Wandels wird neben der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen auch die Zahl der an Demenz erkrankten Personen weiter ansteigen. Um dieser Herausforderung Rechnung zu tragen, hat die Bundesregierung im Rahmen der oben genannten nationalen Demografiestrategie im Jahr 2012 die Allianz für Menschen mit Demenz ins Leben gerufen. Im Rahmen der Allianz wurde eine Vielzahl von konkreten Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen für die Betroffenen vereinbart. 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. Der vorliegende Gesetzentwurf trägt durch eine Stärkung der Beratung und bessere Möglichkeiten zur Abstimmung der regionalen Versorgungsstrukturen zu diesem Ziel bei.

Der Regelungsinhalt über das Recht der Medizinprodukte hat keinerlei demografische Auswirkungen.

4. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Für die soziale Pflegeversicherung können sich Mehrausgaben von bis zu maximal 10 Millionen Euro jährlich durch eine bessere Ausschöpfung der Mittel nach § 45c SGB XI aufgrund der Vorschriften der §§ 45c Absatz 2 und Absatz 6 SGB XI-E ergeben.

Aus der Neufassung der Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung ergeben sich im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen für die soziale Pflegeversicherung Mehrausgaben von rund 20 Millionen Euro jährlich.

Darüber hinaus könnten sich gegebenenfalls zusätzliche, aus der Neufassung der Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung entstehende geringfügige Mehrausgaben in nicht konkret bezifferbarer Höhe ergeben, die voraussichtlich 10 Millionen Euro jährlich nicht überschreiten.

Wenn kommunale Stellen vom Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 7c Absatz 1a SGB XI-E Gebrauch machen, können durch die Verpflichtung der Pflegekassen zur finanziellen Beteiligung Kosten in geringer, nicht bezifferbarer Höhe für die soziale Pflegeversicherung entstehen.

Den möglichen Ausgaben der kommunalen Stellen bei Übernahme der Beratungsaufgaben nach § 37 Absatz 3 SGB XI stehen entsprechende Einsparungen der sozialen Pflegeversicherung gegenüber. Diese bestimmen sich aus den Vorschriften zur Vergütung in § 37c Absatz 3 SGB XI.

Für die gesetzliche Krankenversicherung

Für die Prüfungen des MDK im Bereich der HKP-Leistungen ist mit Mehraufwendungen der Krankenkassen in Höhe von rund 650 000 Euro jährlich zu rechnen.

Wenn kommunale Stellen vom Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 7c Absatz 1a SGB XI-E Gebrauch machen, können durch die Verpflichtung zur finanziellen Beteiligung Kosten für die Krankenversicherung entstehen. Diese Kosten sind abhängig von dem jeweiligen Finanzierungsmodell und sind daher nicht bezifferbar.

Für die öffentlichen Haushalte der Träger der Sozialhilfe ergeben sich durch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XII Mehrausgaben in Höhe von rund 200 Millionen Euro im Einführungsjahr 2017 und rund 182 Millionen Euro jährlich in den Folgejahren. Diese teilen sich wie folgt auf:

1. Nichtpflegeversicherte

Für Pflegebedürftige, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, finanziell bedürftig sind und deren Aufwendungen vollumfänglich von der Hilfe zur Pflege zu tragen sind, werden die neuen Leistungen weitestgehend inhaltsgleich mit den Leistungen des SGB XI umgesetzt. Ausgehend von etwa 20 000 Personen, die pflegebedürftig, aber nicht pflegeversichert sind, ergeben sich Mehrkosten im SGB XII von rund 28 Millionen Euro im Jahr 2017 und 20 Millionen Euro jährlich in den Folgejahren.

Ein anderer wesentlicher Teil der Empfänger der Hilfe zur Pflege, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, sind Personen, die weniger als 6 Monate pflegebedürftig sind. Denn im Rahmen der Hilfe zur Pflege sind im Unterschied zum SGB XI auch in Fällen von Pflegebedürftigkeit von weniger als sechs Monaten Leistungen zu erbringen. Unter der Annahme von rund 55 000 Personen ergeben sich für diese Personengruppe Mehrkosten im SGB XII von rund 26 Millionen Euro im Jahr 2017 und 18 Millionen Euro jährlich in den Folgejahren, wenn eine durchschnittliche Pflegebedürftigkeit von 4 Monaten unterstellt wird.

Die Überleitungskosten für alle Nichtpflegeversicherten zusammen werden auf 9 Millionen Euro im Jahr 2017 und 6 Millionen Euro jährlich in den Folgejahren geschätzt.

2. Anspruch auf Pflegerische Betreuungsmaßnahmen

Nach dem bisherigen Recht des Siebten Kapitels des SGB XII sind außerhalb von Einrichtungen keine pflegerischen Betreuungsmaßnahmen zu erbringen. Diese sind aber zukünftig seitens der Sozialhilfe abzudecken, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung im Einzelfall nachweislich nicht ausreichen. Unter der Annahme, dass zusätzlich rund 26 000 Pflegebedürftige im ambulanten Bereich pflegerische Betreuungsleistungen im Rahmen

der Hilfe zur Pflege erhalten, werden die Mehrkosten im Bereich der Sozialhilfe auf rund 60 Millionen Euro jährlich geschätzt.

Im stationären Bereich handelt es sich rechtlich um eine pflegerische Vollversorgung der Pflegebedürftigen, so dass unmittelbar keine Mehrkosten entstehen. Die Ausgestaltung des neuen Inhalts der Leistung „Betreuung“ könnte allerdings die Einrichtungen veranlassen, ihre Angebote/Konzepte weiterzuentwickeln. Eine solche Weiterentwicklung könnte mit Mehrbelastungen im Bereich der Hilfe zur Pflege verbunden sein. Daher werden pauschale Mehrkosten im SGB XII von 5 Millionen Euro jährlich angesetzt.

3. Neue Leistungsberechtigte

Es ist nicht auszuschließen, dass durch die neue Leistung „pflegerische Betreuungsmaßnahme“ neue Leistungsberechtigte generiert werden, da diese Leistung bisher vom geltenden Recht nicht erbracht wurde. Ausgehend von einem Potential von 24 000 Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz können Mehrkosten von insgesamt 55 Millionen Euro jährlich im SGB XII entstehen.

4. Leistungen für Pflegegrad 1

Personen des Pflegegrades 1 haben einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel, auf Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro. Darüber hinausgehende Leistungen werden explizit ausgeschlossen. Dem Umfang nach ist die neue Leistung nicht mit dem Umfang der Leistungen der bisherigen Stufe Null vergleichbar. Hieraus könnten pauschale Mehrausgaben im SGB XII von 5 Millionen Euro jährlich entstehen.

5. Entlastungsbetrag

Da der Entlastungsbetrag auch für Nichtpflegeversicherte zu zahlen ist, ergeben sich auf der Grundlage der Annahme, dass rund 8 300 Personen betroffen sind, Mehrbelastungen im SGB XII von 13 Millionen Euro jährlich.

Demgegenüber stehen entsprechend der amtlichen Begründung Entlastungen der Hilfe zur Pflege durch das PSG II von anfänglich jährlich 330 Millionen Euro, die mit dem allmählichen Auslaufen der Überleitungs- und Bestandsschutzkosten mittelfristig auf 230 Millionen Euro sinken.

Für die Träger des Sozialen Entschädigungsrechts ergeben sich im Rahmen der Leistungen der Kriegsopferfürsorge durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Erweiterung der Leistungen der Hilfe zur Pflege geringe, nicht bezifferbare Mehrausgaben für den Bund und die Länder gegenüber dem geltenden Recht.

In Bezug auf das MPG und die Medizinprodukte-Abgabeverordnung entstehen für Bund, Länder und Kommunen keine über die Darstellung unter 5. hinausgehenden finanziellen Belastungen.

6. Bestandsschutz bei Betreuungsleistungen

Aus der Nichtanrechnung der Differenz zwischen dem erhöhten Betreuungsbetrag nach § 45b SGB XI und der neuen einheitlichen Entlastungsleistung auf Fürsorgeleistungen zur Pflege ergeben sich für die Hilfe zur Pflege Mehrausgaben von etwa 1,5 Millionen Euro jährlich.

5. Erfüllungsaufwand

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

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Soweit Pflegebedürftige erstmals einen Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege haben, entsteht für Bürgerinnen und Bürger ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 38 400 Euro und 12 000 Stunden (24 000 neue Leistungsberechtigte, 30 Minuten pro Pflegebedürftigen plus sonstige Kosten in Höhe von 1,60 Euro pro Fall) im Rahmen ihrer Mitwirkungspflichten.

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht durch die Anpassung der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI-E ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 96 000 Euro.

Durch die Ergänzung der Pflegestatistik entsteht der Wirtschaft eine jährliche Belastung von rund 45 000 Euro, der jedoch eine jährliche Entlastung von rund 153 000 Euro gegenüber steht.

Durch die Erstellung einer Bundesempfehlung zu den Modellvorhaben nach § 123 SGB XI-E entsteht für die Wirtschaft eine einmalige Belastung in Höhe von rund 5 500 Euro.

Durch die Vorgabe in § 124 SGB XI-E zur Begleitung der Modellvorhaben nach § 123 SGB XI-E einen Beirat einzurichten, entsteht der Wirtschaft für die Laufzeit der Modellvorhaben ein Erfüllungsaufwand von jährlich etwa 1 100 Euro.

Der Erfüllungsaufwand für die Prüfungen des MDK im Bereich HKP liegt für die Pflegedienste in der Größenordnung von rund 165 000 Euro jährlich.

Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Aufgrund der neuen Verpflichtung, Rahmenverträge zu Pflegestützpunkten abzuschließen (§ 7c Absatz 6 SGB XI-E), entsteht insgesamt ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 122 000 Euro, davon rund 17 500 Euro für die Länder und 104 500 Euro für Pflege- und Krankenkassen.

Aus der neuen Berichtspflicht für die Länder nach § 10 SGB XI-E entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand von insgesamt 5 000 Euro für die Länder.

Durch geänderte Vorgaben entstehen für die Anpassung der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI den Verwaltungen der Länder insgesamt eine einmalige Belastung in Höhe von 60 000 Euro.

Durch die neu eingeführte Verpflichtung der Pflegekassen, eine Bundesempfehlung zu den Modellvorhaben nach § 123 SGB XI-E zu erstellen, entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 2 800 Euro für die Pflegekassen, 10 000 Euro für die Länder und 600 Euro für den Bund.

Die ebenfalls neu verankerte wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben (§ 124 Absatz 3 SGB XI-E) verursacht einen einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 1 600 Euro für die Pflegekassen und rund 5 000 Euro für die Länder für die Veranlassung, rund 200 000 Euro für die Vorbereitung und die Erstellung von Berichten, davon 100 000 Euro für die Pflegekassen und 100 000 Euro für die Länder. Für die Durchführung der Evaluation entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 4 800 000 Euro, davon rund 2 400 000 Euro für die teilnehmenden Länder und rund 2 400 000 Euro für die Pflegekassen.

Für die Einrichtung eines Beirats für die Modellvorhaben nach § 124 Absatz 5 SGB XI-E entsteht für die Pflegekassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 1 600 Euro für die Einrichtung. Für die Vorbereitung, Teilnahme und Nachbereitung entsteht für die Dauer der Vorhabendurchführung ein jährlicher Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 12 500 Euro, davon rund 11 200 Euro für die Länder, 624 Euro für den Bund und 624 Euro für die Pflegekassen.

Durch die Änderung von Vorschriften für die Hilfe zur Pflege entsteht für die Träger der Sozialhilfe ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 284 000 Euro durch Pflegebedürftige, die erstmals Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten sowie ein Umstellungsaufwand durch die Änderung der Leistungsbeträge im SGB XI in Höhe von rund 2 150 Euro je Träger der Sozialhilfe, soweit diese für Leistungen der Hilfe zur Pflege zuständig sind. Die Zuständigkeiten für die Hilfe zur Pflege sind in den Ländern zwischen den 23 überörtlichen Trägern der Sozialhilfe und den örtlichen Trägern der Sozialhilfe unterschiedlich geregelt. Dem steht eine nicht bezifferbare Entlastung durch die weitergehende Bindungswirkung des § 62a SGB XII gegenüber, durch die die Träger der Sozialhilfe künftig in weniger Fällen eigene Ermittlungen über den Pflegegrad vornehmen müssen.

Der Erfüllungsaufwand für die Prüfungen des MDK im Bereich HKP (SGB V) beziffert sich nur für die MDK auf rund 655 000 Euro jährlich. Dieses ergibt sich aus den Kosten einer Prüfung (Personal- und Sachkosten) multipliziert mit der angenommenen Fallzahl. Die Prüfungen werden über die mitgliederbezogene Umlage (§ 281 SGB V) von den Krankenkassen finanziert.

Der Erfüllungsaufwand im Zusammenhang mit der Neuregelung der Angabe der Zeit bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 302 SGB V) ist sehr gering und nicht genauer quantifizierbar, da bereits heute die Pflegedienste in der Regel im Rahmen der Pflegedokumentation oder für die Einsatzplanung des Pflegedienstes diese Zeiten erfassen.

Für die Änderungen der Pflegestatistik-Verordnung (Artikel 15) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand für den Bund in Höhe von rund 1 500 Euro, für die Länder in Höhe von rund 17 000 Euro sowie für die Pflegekassen in Höhe von rund 10 000 Euro. Dem stehen jährliche Entlastungen von 20 Euro für den Bund, rund 1 450 Euro für die Länder sowie 850 Euro für die Pflegekassen gegenüber.

Durch die gesetzliche Änderung des MPG (Artikel 16) entsteht auf Landesebene ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 320 Euro und eine jährliche Entlastung in Höhe von 120 Euro. Auf Bundesebene entsteht eine jährliche Belastung in Höhe von rund 10 500 Euro. Eine jährliche Entlastung findet in Höhe von 60 Euro statt.

Darüber hinaus entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand für § 7c Absatz 1a SGB XI-E nur dann, wenn die aufgeführten Stellen von ihrem Initiativrecht, Pflegestützpunkte zu errichten, Gebrauch machen, da sie dann mit der sozialen Pflegeversicherung und der GKV eine Vereinbarung zur Errichtung des Pflegestützpunkts zu schließen haben.

Ein jährlicher Erfüllungsaufwand entsteht für § 7c Absatz 2 Satz 6 Nummer 3 SGB XI-E nur, wenn die genannten Einrichtungen an der Arbeit eines Pflegestützpunktes beteiligt werden wollen. Je nach Beteiligungskonzept kann ein Erfüllungsaufwand beispielsweise durch die Organisation von und die Teilnahme an gemeinsamen Treffen und/oder die Entsendung von Personen zur Mitarbeit im Pflegestützpunkt entstehen.

Ein Erfüllungsaufwand für § 7c Absatz 7 SGB XI-E entsteht nur, wenn die Landesbehörde die Einrichtung einer Schiedsstelle für den Fall der Nichteinigung über einen Rahmenvertrag zu Pflegestützpunkten bestimmt. In diesem Fall entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand durch das Erfordernis, auf Landesebene eine Rechtsverordnung zu erlassen. Im Fall der Inanspruchnahme der Schiedsstelle entsteht regelmäßig Erfüllungsaufwand durch den Betrieb der Schiedsstelle (Benennung von Mitgliedern sowie Vorsitzende, Organisation und Durchführung von Treffen, und so weiter).

Ein geringer Erfüllungsaufwand entsteht auch nach § 7c Absatz 8 SGB XI-E oder nach § 123 Absatz 5 SGB XI-E nur im Einzelfall durch Organisation und Durchführung von Treffen der gewählten Personen, wenn sich die Vertragsparteien für diesen Konfliktlösungsmechanismus entscheiden.

Ein Erfüllungsaufwand für § 8a SGB XI-E entsteht bei sektorenübergreifenden Landepflegeausschüssen, regionalen Pflegeausschüssen aus den entsprechenden Mitarbeitspflichten und Einbeziehungspflichten nur, wenn die genannten Gremien durch Landesrecht eingerichtet werden für die Einrichtung der Gremien sowie Organisation und Durchführung von Sitzungen der jeweiligen Gremien.

Ein geringer Erfüllungsaufwand für § 45c Absatz 6 SGB XI-E entsteht beim Bundesversicherungsamt nur, wenn die Länder nicht verausgabte Fördermittel des Vorjahres beantragen.

Ein Erfüllungsaufwand für § 114 Absatz 2 SGB XI-E kann nicht beziffert werden. Die Regelung wirkt sich auf die Ausgestaltung der bereits existierenden Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegeeinrichtungen durch den MDK bzw. den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. aus. Durch die Erweiterung der Stichproben in der Qualitätsprüfung kann in Einzelfällen ein geringer Erfüllungsaufwand entstehen. Dieser ist auch abhängig von der konkreten Umsetzung des gesetzlichen Auftrags im Rahmen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nach § 114a Absatz 7.

Ein Erfüllungsaufwand für § 123 Absatz 5 und § 124 Absatz 4 SGB XI-E ist abhängig von der Anzahl der Modellvorhaben, die bewilligt werden. Beim einzelnen Modellvorhaben entsteht er im Falle der Bewilligung beispielsweise durch das Erfordernis, einen Vertrag mit dem Antragsteller abzuschließen, Mittel zur Verfügung zu stellen und die Vorhaben administrativ zu betreuen.

Durch die Teilnahme an den Sitzungen des Beirats nach § 124 Absatz 5 SGB XI-E kann ein geringer Erfüllungsaufwand entstehen, wenn Modellvorhaben zustande kommen.

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

Erfüllungsaufwand von Verwaltung und Wirtschaft									
A. geänderte Vorgaben									
Lfd. Nummer	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	Artikel 1 § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummern 2, 7 und 9 SGB XI-E	Anpassung der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 (Umstellungsaufwand)	96 (6 Personen je 16 Stunden)	16 Bundesländer	39,00		60 000 (Länder)		
			176 (11 Personen je 16 Stunden)		34,10				
2	Artikel 2 §§ 61 ff.	Erweiterung des Personenkreises, die Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten	20 Minuten	24 000	35,80		283 400		
			Änderung der Leistungsbeiträge und Anspruchsvoraussetzungen						

Erfüllungsaufwand von Verwaltung und Wirtschaft									
A. geänderte Vorgaben									
Lfd. Nummer	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
2	Artikel 15 § 2 Absatz 1 Nummer 4 PflegeStatV	Aufnahme des Merkmals bisherige PLZ	Durch die zusätzliche Erfassung des früheren Wohnorts entsteht den vollstationären Pflegeeinrichtungen ein zusätzlicher Erhebungsaufwand aus durchschnittlich 10 Sekunden für jeden Pflegebedürftigen bei der Erfassung der bisherigen Postleitzahl	787 541 zukünftig angenommene Pflegebedürftige (vollstationär)	20,60			45 100 (IP*)	
		Einmaliger Umstellungsaufwand/ Austausch der Merkmale	Programmierungskosten Statistisches Bundesamt sowie Implementierungskosten Statistische Landesämtern und Pflegekassen 39 Stunden-Woche je Programmierung, 20 x Implementierung für 20 Statistiken	21	36,00		28 800 (Davon 1 440 STBA und 17 280 STLÄ sowie 10 080 PK)		
3	Artikel 15 § 2 Absatz 2 Nummer 2 PflegeStatV	Wegfall des Merkmals PEA	Senkung des Erhebungsaufwands ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen bei der Erfassung von durchschnittlich 10 Sekunden	1 887 335 ambulante, 787 541 stationäre zukünftige PB	20,60			-153 100 (IP*)	
		Wegfall des Merkmals PEA	Entlastung von je 10 Minuten bei Auswertung von Statistiken für das Statistische Bundesamt, die statistischen Landesämter, die Pflegekassen alle zwei Jahre (1 x destatis, 12 x Landesämter, 7 x Kassen je zwei Mitarbeiter /2)	20	36,00	-2 400 (davon -20 STBA und -1 440 STLÄ sowie -840 PK)			

Erfüllungsaufwand von Verwaltung und Wirtschaft									
A. geänderte Vorgaben									
Lfd. Nummer	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
4	Artikel 16 § 15 Absatz 1 Satz 4 MPG	Mitteilung der Benennung von Benannten Stellen an Europäische Kommission	2 (1 Person zu 0,25 Tagen / 8 Stunden zur Teilnahme an Schulung)	3	27,10		320 (Länder)		
			2 (1 Person zur 0,25 Tagen/ 8 Stunden zur Schulung von Teilnehmenden)	1	35,10				
			0,5 (1 Person zu 0,0625 Tagen/ 8 Stunden zur Mitteilung an Kommission)	5	27,10				
5	Artikel 16 § 16 Absatz 4 MPG	Mitteilung bei Rücknahme, Widerruf oder Erlöschen einer Benennung an Europäische Kommission	0,5 (1 Person zu 0,0625 Tagen/ 8 Stunden zur Mitteilung an Kommission)	1	27,10	-20 (Länder)			
6	Artikel 16 § 15 Absatz 1 Satz 6 (alt) MPG	Entfallen der Bearbeitung der Anzeige durch das BMG	0,25 (1 Person zu 0,03 Tagen/ 8 Stunden)	6	27,40	-60 (Bund)			

Erfüllungsaufwand von Verwaltung und Wirtschaft									
B. neue Vorgaben									
Lfd. Nummer	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	Artikel 1 § 7c Absatz 6 SGB XI-E	Vereinbarung von Rahmenverträgen zu Pflegestützpunkten	224 (14 Personen zu je 2 Tagen / 8 Stunden: je 6 Vertretungen der Pflege- und Krankenkassen, 1 Vertretung der Hilfe zur Pflege, 1 Vertretung der Kommunalen Spitzenverbände)	14	39,00		122 000, davon 104 500 (Pflege- und Krankenkassen), 17 500 (Länder und Kommunen)		
2	Artikel 1 § 10 Absatz 2 SGB XI-E	Berichtspflicht der Länder zu Investitionskostenförderung	8 (1 Person zu 1 Tag / 8 Stunden je Land)	16	39,00	5 000 (Länder)			
3	Artikel 1 § 123 Absatz 4 SGB XI-E	Erstellung einer Bundesempfehlung durch den GKV-SV	72 (3 Personen zu je 3 Tagen / 8 Stunden als Vertreter des GKV-Spitzenverband (GKV-SV))	1	39,00		2 800 (GKS-SV)		
			160 (20 Personen zu je einem Tag / 8 Stunden als Vertreter der Verbände)	1	34,10				5 500
			272 (34 Personen zu je 1 Tag / 8 Stunden als 2 Vertretungen der 16 Bundesländer und des BMG)	1	39,00		10 600, davon 600 (Bund) und 10 000 (Länder)		

Erfüllungsaufwand von Verwaltung und Wirtschaft									
B. neue Vorgaben									
Lfd. Nummer	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
4	Artikel 1 § 124 Absatz 3 SGB XI-E	Veranlassung einer wissenschaftlichen Begleitung	40 (1 Person GKV-SV zu 5 Tagen/8 Stunden)	1	39,00		1 600 (GKV-SV)		
			128 (1 Person pro 16 Bundesländer zu je 1 Tag/8 Stunden)	1	39,00		5 000 (Länder)		
		Vorbereitung Evaluation, Erstellung Berichte	96 (1 Person zu je 12 Tagen/8 Stunden)	Max. 60	34,10		200 000, davon 100 000 (GKV-SV) und 100 000 (Länder)		
		Durchführung der Evaluation	2.344 (1 Person zu je 293 Tagen/8 Stunden für Erhebung und Auswertung)	Max. 60	34,10		4 800 000, davon 2 400 000 (GKV-SV) und 2 400 000 (Länder)		
5	Artikel 1 § 124 Absatz 5 SGB XI-E	Einrichtung eines Beirats	40 (1 Person für Einrichtung und Organisation des Beirats zu 5 Tagen/ 8 Stunden vom GKV-SV)	1	39,00		1 600 (GKV-SV)		
			320 (20 Person zu je 2 Tagen / 8 Stunden als Vertretungen des GKV-SV, der 16 Bundesländer, des BMG und der Kommunalen Spitzenverbände)	1	39,00	12 500, davon 11 200 (Länder und Kommunen), 624 (GKV-SV) und 624 (Bund)			

Erfüllungsaufwand von Verwaltung und Wirtschaft									
B. neue Vorgaben									
Lfd. Nummer	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
			32 (2 Personen zu 2 Tagen / 8 Stunden als Vertretung der Wissenschaft)	1	34,10			1 100	
6	Artikel 13 § 275b SGB V	Durchführung von Regelprüfungen bei Pflegediensten der HKP durch den MDK	Verwaltung (MDK): 2 Personen für 2 Tage je 8 h (32 h) plus 100% Aufschlag für übrige Kosten (Gemein-, Reisekosten etc.) Wirtschaft (Pflegedienste): ¼ der Kosten der Verwaltung, da 1 Mitarbeiter für einen Arbeitstag zur Verfügung stehen muss)	250	40	640 000 (GKV-SV)		160 000	
		Durchführung von Anlassprüfungen bei Pflegediensten der HKP durch den MDK	Verwaltung (MDK): 75 % des Aufwandes einer Regelprüfung Wirtschaft (Pflegedienste) 75 % des Aufwandes einer Regelprüfung	7,5 (3 % der Regelprüfungen, wie bei Prüfungen nach SGB XI)	40	14 400 (GKV-SV)		3 600	

Erfüllungsaufwand von Verwaltung und Wirtschaft									
B. neue Vorgaben									
Lfd. Nummer	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
7	Artikel 16 § 13 Absatz 2 MPG	Entscheidung durch Bundesoberbehörde über Abgrenzung von Medizinprodukten	48 (1 Person zu 6 Tagen/ 8 Stunden zur wissenschaftlichen Bearbeitung) 5,3 (1 Person zu 0,625 Tage/ 8 Stunden zur administrativen Bearbeitung)	3 3	57,80 27,40	9 900 (Bund) 600 (Bund)			

*: gleichzeitig Bürokratiekosten aus Informationspflichten der Wirtschaft (IP)

6. Weitere Kosten

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

Für die Wirtschaft, insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen, ergeben sich über den unter V.5 dargestellten Erfüllungsaufwand hinaus keine weiteren Belastungen.

7. Weitere Gesetzesfolgen

Das Gesetz hat Auswirkungen auf Verbraucherinnen und Verbraucher. Im Fall der Pflegebedürftigkeit werden sie mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des NBA in das SGB XII in einen der fünf Pflegegrade übergeleitet. Dabei wird sichergestellt, dass der notwendige pflegerische Bedarf auch künftig gedeckt ist.

Der Anteil von Frauen unter den Pflegebedürftigen, die Leistungen der Hilfe zur Pflege inner- oder außerhalb von Einrichtungen beziehen, ist aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung besonders hoch. Zum Jahresende 2013 bezogen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 288 857 weibliche Personen Hilfe zur Pflege, während die Zahl der männlichen Hilfebezieher zum Stichtag bei 155 155 lag.

Aus diesem Grund profitieren Frauen stärker als Männer von den Neuregelungen im Leistungsrecht der Hilfe zur Pflege.

Auch sind infolge der Änderungen des Rechts über Medizinprodukte weder gleichstellungspolitische Auswirkungen noch negative Auswirkungen für Verbraucherinnen und Verbraucher zu erwarten.

VII. Befristung; Evaluation

Das Initiativrecht kommunaler Stellen zum Abschluss von Vereinbarungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten ist auf fünf Jahre befristet.

Die Modellvorhaben zur Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen durch kommunale Stellen sind ebenfalls jeweils auf fünf Jahre befristet. Begleitend wird wissenschaftlich evaluiert, ob bzw. inwieweit sich durch die Modellvorhaben die Beratung in der Region für die Betroffenen verbessert.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll gemäß § 18c SGB XI wissenschaftlich evaluiert werden. Die wesentlichen Aspekte, die im Rahmen der Evaluation zu untersuchen sind, werden in Absatz 2 enumerativ gelistet. Gegenstand der Evaluation werden auch die Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme wie die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sein, soweit diese pflegebedürftige Personen betreffen. Die Ergebnisse der Evaluation sollen drei Jahre nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs veröffentlicht werden. Soweit im Rahmen der Evaluation auch Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme untersucht werden, erfolgt die Auftragserteilung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

In Bezug auf das Recht über Medizinprodukte erfolgt eine Befristung nicht. Eine Evaluation ist nicht vorgesehen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung SGB XI)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Übernahme der geänderten Überschriften in die Inhaltsübersicht.

Zu Nummer 2 (§ 7b)

Zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgung sollen künftig Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung nach § 7a Absatz 1 dieses Buches durch die ratsuchenden Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Familienangehörigen auch vor Ort auf der Gemeindeebene eingelöst werden können. Dies können sein: kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, wenn diese eine eigene Beratung nach Maßgabe der Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a dieses Buches für ihre Bürger und Bürgerinnen erbringen wollen. Die Pflegekassen schließen hierzu allein oder gemeinsam einen Vertrag mit der entsprechenden kommunalen Gebietskörperschaft nach Absatz 2a Satz 3. Damit wird der Kreis derer erweitert, bei denen Pflegebedürftige ihre Beratungsgutscheine einlösen können. Die ratsuchenden Pflegebedürftigen erhalten durch die Regelung zusätzliche Beratungsstellen, so dass der Zugang zu einer schnellen Beratung der Pflegebedürftigen weiter verbessert wird. Dies bildet eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege ab. Über die Inanspruchnahme der Möglichkeit, Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung nach § 7a Absatz 1 auf Gemeindeebene einzulösen, ist in dem Bericht nach § 7a Absatz 9 zu berichten.

Die in Absatz 2a benannten, insbesondere auch der Beratung nach § 7a Absatz 1 dienenden Stellen, werden den von den Pflegekassen anerkannten, unabhängigen und neutralen Beratungsstellen im Sinne des § 7b Absatz 2 gleichgesetzt. Dies kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass die Empfehlungen des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zu beachten sind. Auch § 7a Absatz 6 ist einschlägig. Die vertragliche Vereinbarung zwischen Pflegekassen und den kommunalen Gebietskörperschaften, von diesen geschlossenen Zweckgemeinschaften oder den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 wird auf die Vereinbarung einer angemessenen Vergütung eines möglichen zusätzlichen Verwaltungsaufwandes beschränkt. Angesichts von zu erwartenden Synergieeffekten auf kommunaler Seite, etwa durch Zusammenführung mit weiteren, z. B. nach Landesrecht auf kommunaler Ebene anzusiedelnden Beratungstätigkeiten, werden diese Aufwandsvergütungen regional bedingt insofern eine unterschiedliche Höhe aufweisen. Zur Sicherstellung der Qualität und Wirtschaftlichkeit des Beratungsverfahrens, dessen Durchführung und seiner Inhalte sind auch für die Beratungsstellen nach Absatz 2a die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. Dieser Hinweis dient der Rechtsklarheit.

Zu Nummer 3 (§ 7c)**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Überschrift.

Zu Buchstabe b

Auf der Grundlage einer Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege erhält die Stelle, die auf örtlicher Ebene für die Hilfe zur Pflege zuständig ist und die damit in der Regel nach den Bestimmungen der zuständigen obersten Landesbehörde als Träger von Pflegestützpunkten vorgesehen ist, das Initiativrecht zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes in ihrem regionalen Einzugsgebiet. Das Initiativrecht bezieht sich auf einen Pflegestützpunkt je Einzugsgebiet, je nach Größe des Einzugsgebietes können aber Nebenstellen des Pflegestützpunktes miteingerichtet werden. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass in großen Einzugsgebieten eine wohnortnahe Beratung gewährleistet werden kann, ohne dass hierfür eine Vielzahl von Verträgen erforderlich ist. Das Initiativrecht kann bis zum 31. Dezember 2021 in Anspruch genommen werden. Bereits heute wird zur Vermeidung von Doppelstrukturen Wert darauf gelegt, vorhandene Beratungsstrukturen zu nutzen (Beispiel: Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen). Nunmehr soll die Möglichkeit geschaffen werden, vorhandene Beratungsstellen besser zu vernetzen, indem auch für kommunale Stellen landesrechtlich ein Initiativrecht vorgesehen wird. Wenn eine kommunale Stelle aufgrund des Initiativrechts tätig wird, ist der Pflegestützpunkt in gemeinsamer Trägerschaft zu führen (vgl. § 7c Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit Satz 5). Die Hoheit der Träger des Pflegestützpunktes über das jeweils eingesetzte Personal bleibt bestehen. Die Pflegestützpunkte sind ebenso wie die Pflegestützpunkte nach Absatz 1 an die Regelungen in den Rahmenverträgen nach Absatz 6 gebunden.

Soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Satz 1 oder den Rahmenverträgen nach Absatz 6 nichts anderes vereinbart ist, werden die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen von den Trägern des Pflegestützpunktes zu gleichen Teilen getragen. Dabei werden die anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal berücksichtigt.

Um die Erfahrungen mit dem Initiativrecht allen zugänglich zu machen, wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen des Siebten Pflegeberichts bei den Ländern abfragen, in welchem Umfang und mit welchem Ergebnis von dem Initiativrecht Gebrauch gemacht wurde.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es wird klargestellt, dass die Pflegeberatung nach § 7a zum Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte gehört und die weiteren Regelungen zur Pflegeberatung nach § 7a sowie die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a auch für die Beratung nach § 7a in den Pflegestützpunkten gelten. Durch den generellen Verweis auf § 7a ist sichergestellt, dass auch die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 berücksichtigt werden müssen. Damit wird einer Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege entsprochen.

Bereits nach geltendem Recht ist nach § 7a Absatz 1 Satz 10 sicherzustellen, dass Beratung nach § 7a in Pflegestützpunkten in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist. Mit der Verankerung der Beratung nach § 7a als Aufgabe von Pflegestützpunkten stellt der Gesetzgeber klar, dass die Erbringung dieser Leistung in Pflegestützpunkten ausdrücklich gewollt ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Öffnung der Beteiligung an Pflegestützpunkten für Einrichtungen in der Kommune wird eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt. Nichtgewerblichen Einrichtungen in der Kommune, die Einwohnerinnen und Einwohnern der betreffenden Gemeinde zur Nutzung zur Verfügung stehen, wird eine Beteiligung an Pflegestützpunkten ermöglicht. Die Öffnung bezieht sich insbesondere auf Einrichtungen, die Aufgaben zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen sowie zur Stärkung der Selbsthilfe wahrnehmen oder deren Ausrichtung generationenübergreifend ist. Dabei ist insbesondere zum einen an öffentliche Einrichtungen gedacht, die im Rahmen von Projekten entstehen, wie z. B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser und lokale Allianzen für Menschen mit Demenz, und zum anderen an Einrichtungen der Selbsthilfe, die gegebenenfalls vor Ort existieren. Durch die Beteiligung dieser Einrichtungen, die regelmäßig neu entstehen, kann das Beratungsspektrum in Pflegestützpunkten an die jeweiligen, sich ändernden Gegebenheiten angepasst und entsprechend sinnvoll erweitert werden. Das bereits bei der Einführung der Pflegestützpunkte verfolgte Ziel der strukturellen Vernetzung der unterschiedlichen Einrichtungen auf der wohnortnahen Ebene wird durch die Möglichkeit der Einbindung der genannten Einrichtungen in die Beratung weiter vorangetrieben (vgl. Bundestagsdrucksache 16/7439 vom 7. Dezember 2007, Seite 74 ff.).

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 6

Zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege werden in Absatz 6 die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene an den bereits nach geltendem Recht vorgesehenen Rahmenverträgen über Pflegestützpunkte als Vertragspartner beteiligt. Zugleich werden die Vorschriften zu den Rahmenverträgen von einer „Kann-“ zu einer „Ist-Regelung“. In den Rahmenverträgen sollen – wie schon nach bisherigem Recht – Vorgaben zur Arbeit und insbesondere zur Finanzierung der Pflegestützpunkte getroffen werden. Durch die getroffenen Vorgaben wird die gemeinsame Einrichtung von Pflegestützpunkten ermöglicht. Zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Pflegestützpunkte sind neben den Finanzierungsregelungen vor allem Regelungen zur Arbeit in den Pflegestützpunkten zu treffen. Dazu gehört die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten (Care-Management), die Organisationsstruktur, die Personalausstattung, die Raum- und Sachausstattung des Pflegestützpunktes, die Arbeitsweise und der Aufgabenzuschnitt der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Erreichbarkeit der Beratung, die Berücksichtigung des besonderen Unterstützungsbedarfs spezieller Zielgruppen und die Öffentlichkeitsarbeit. Darüber hinaus sind klare Regelungen zur Zuständigkeit für die Aufgabenerfü-

lung und Koordinierung innerhalb des Pflegestützpunktes in die Rahmenverträge aufzunehmen. Außerdem aufzunehmen sind Regelungen zur Zuständigkeit für die Qualitätssicherung und für die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern des Pflegestützpunktes einerseits und den zuständigen Aufsichtsbehörden andererseits (Länder und Bundesversicherungsamt). Soweit in den Rahmenverträgen nichts Abweichendes geregelt wird, bleibt die Hoheit der Träger des Pflegestützpunktes über das jeweils eingesetzte Personal bestehen. Die Regelung ist implizit aus der Arbeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hervorgegangen. Rahmenverträge erleichtern die Einrichtung von Pflegestützpunkten, da die Fragen der Arbeitsweise und Finanzierung bereits geregelt sind. Darüber hinaus wird eine einheitliche Qualitätssicherung in den Pflegestützpunkten ermöglicht, indem die Zuständigkeit hierfür geregelt wird. Die genannten Kosten- und Leistungsträger sollen die Pflegestützpunkte gemeinsam und gleichberechtigt betreiben und unterhalten. Die Beratung hat unabhängig und neutral zu erfolgen. Die Pflegeberatung im Sinne der §§ 7a und 7b hat u. a. in den Pflegestützpunkten zu erfolgen (vgl. § 7c Absatz 2 Satz 1 Nummer 1). Für die Pflegestützpunkte sind die zum Verfahren, zur Durchführung und zu den Inhalten der Pflegeberatung in der Richtlinie nach § 17 Absatz 1a in Verbindung mit den in §§ 7a und 7b getroffenen Vorgaben im Rahmen der Beratungstätigkeiten maßgeblich. Die Rechte und Pflichten der Aufsichtsbehörden nach Bundes- und Landesrecht über die Vertragsparteien bleiben unberührt.

Zu Absatz 7

In Absatz 7 werden die Länder ermächtigt, durch Rechtsverordnung Schiedsstellen einzurichten. Sie haben damit die Möglichkeit, zu entscheiden, ob sie den Inhalt von Rahmenverträgen im Fall der Nichteinigung von Schiedsstellen bestimmen lassen wollen. Die Schiedsstellen werden tätig, wenn ein Rahmenvertrag innerhalb der in der Rechtsverordnung zu bestimmenden Frist nicht zustande kommt. Sie bestimmen dann den Inhalt des Rahmenvertrages. In den Schiedsstellen sind Vertretungen der Pflegekassen einerseits und Vertretungen der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII andererseits in gleicher Zahl vertreten. Hinzu kommen ein unparteiischer Vorsitz und zwei weitere unparteiische Mitglieder, für die jeweils Stellvertretungen bestimmt werden können. Durch den Verweis auf § 76 Absatz 3 wird sichergestellt, dass das Schiedsamt als Ehrenamt geführt wird, jedes Mitglied eine Stimme hat und Entscheidungen mit der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder getroffen werden. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Durch den Verweis auf § 76 Absatz 4 wird die Rechtsaufsicht der zuständigen Landesbehörde zugewiesen.

Die Landesregierungen werden ermächtigt, im Rahmen einer Rechtsverordnung das Nähere – etwa zur Zahl der Mitglieder, deren Bestellung, Amtsdauer und Amtsführung, zur Geschäftsführung, zum Verfahren oder zur Kostenerstattung – zu bestimmen. Die Vorgaben über Bildung und Zusammensetzung der Schiedsstellen beschränken sich wegen der enthaltenen Verordnungsermächtigung für die Landesregierungen auf einige Grundregelungen.

Zu Absatz 8

Nach Absatz 8 können im Streitfall alternativ zur Einrichtung einer Schiedsstelle die Inhalte der Rahmenverträge auch von einer unparteiischen Schiedsperson und zwei unparteiischen Mitgliedern festgelegt werden. Voraussetzung ist, dass die Vertragsparteien nach Absatz 6 Satz 1 sich einvernehmlich auf eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder einigen. Ist eine solche Einigung erfolgt, müssen die Inhalte des strittigen Rahmenvertrags binnen einer Frist von sechs Wochen festgelegt werden. Ein solches Instrument zur Konfliktlösung ist mit einem erheblich geringeren bürokratischen Aufwand verbunden. Es ist den Vertragsparteien freigestellt, welches Instrument zur Konfliktlösung sie wählen.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 4 (§ 8a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Überschrift.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe c**Zu Absatz 2**

Durch diese Vorschrift werden die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 77 Absatz 1 Satz 1 SGB V und die Landeskrankenhausgesellschaften verpflichtet, in sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen mitzuarbeiten, soweit diese durch landesrechtliche Vorschriften eingerichtet werden. Der Ausschuss soll Fragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit unter anderem in der pflegerischen und medizinischen Versorgung beraten und insbesondere Schnittstellenprobleme lösen. Dabei wird ein weites Verständnis der pflegerischen Versorgung zugrunde gelegt. Dies umfasst auch die Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, Strukturen vor Ort, wie z. B. die örtliche Altenhilfe und die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, so dass eine bessere Verzahnung im Sinne der Pflegebedürftigen erreicht werden kann. Ziel der Regelung ist somit die Einbindung der Verbände der Kostenträger und Leistungserbringer in die Arbeit eines solchen Ausschusses; die Entscheidung über die Einrichtung und Ausgestaltung liegt in der Hand der Länder. Gründe für die Einrichtung eines entsprechenden Ausschusses durch landesrechtliche Vorschriften können sein, dass die spezifischen praktischen Erfahrungen der Leistungsträger und der Leistungserbringer sowie weiterer Beteiligter, z. B. Rehabilitationsträger, Berufsverbände oder Einrichtungen der Selbsthilfe, unmittelbar genutzt werden sollen, um sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe zu erkennen und Versorgungsangebote besser zu verzahnen. Die sektorenübergreifenden Erfahrungen der Beteiligten und deren gemeinsame Empfehlungen können die Situation der Pflegebedürftigen über die Grenzen unterschiedlicher Versorgungsstrukturen hinaus verbessern.

Der sektorenübergreifende Landespflegeausschuss befasst sich mit der sektorenübergreifenden Versorgung des spezifischen Personenkreises der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen. Hierzu zählen Fragen der pflegerischen und medizinischen Versorgung aber auch Alltagsleistungen, die besser verzahnt werden sollen. Damit hat er einen anderen Auftrag als das Gremium nach § 90a SGB V, das sektorenübergreifende Fragen im medizinischen Bereich berät und hierzu Empfehlungen ausspricht. Es obliegt dem Landesrecht, den sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss mit dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a des SGB V zusammenzuführen oder lediglich den Austausch zu übergreifenden Fragen sicherzustellen. Für den Fall, dass keine Zusammenführung der beiden Gremien erfolgt, verpflichtet Satz 3 zu einer Abstimmung über Fragestellungen, die beide Gremien betreffen. Ebenso steht es den Ländern frei, das Gremium an den Landespflegeausschuss anzugliedern oder nicht.

Zweck des sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses ist es, durch den unmittelbaren Austausch über Versorgungsfragen die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Zu den sektorenübergreifenden Versorgungsfragen, die in diesem Ausschuss beraten werden, können beispielsweise gehören: Fragen zum Überleitungsmanagement unter anderem vom Krankenhaus in die ambulante oder stationäre Pflege, zu integrierten Versorgungsverträgen, zur ärztlichen Versorgung insbesondere in Pflegeeinrichtungen, zur geriatrischen Rehabilitation, zur Hilfsmittelversorgung, zu Pflegestützpunkten nach § 7c, zur Qualitätssicherung, zum Qualitätsmanagement und zum Datenaustausch.

Durch entsprechende landesrechtliche Regelungen können regionale Versorgungsbedarfe berücksichtigt und etwa Vertreterinnen oder Vertreter der Kommunen, Interessenvertretungen oder Berufsverbänden in das Gremium berufen werden. Die nähere Ausgestaltung und Besetzung einschließlich von Kostenerstattungsregelungen des sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses bestimmt sich nach Landesrecht. § 52 Absatz 2 und § 211 Absatz 4 SGB V finden Anwendung.

Die Beschlüsse der sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse haben keine unmittelbare Verbindlichkeit, stellen jedoch wichtige Empfehlungen zur Unterstützung insbesondere der Sozialversicherungsträger dar. Sie können diesen bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben helfen.

Die Verpflichtung zur Mitarbeit in sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen entspricht auch einer Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege.

Zu Absatz 3

Durch die Vorschrift werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, in regionalen Pflegeausschüssen mitzuarbeiten, soweit diese durch landesrechtliche Vorschriften eingerichtet wurden, insbesondere zur Unterstützung der Planung, Sicherstellung und Weiterentwicklung der örtlichen pflegerischen Angebotsstruktur. Es obliegt den Landesverbänden der Pflegekassen, jeweils einen regionalen Vertreter zu bestimmen, der am besten geeignet erscheint, die Interessen aller Kassen zu vertreten.

Ziel der Regelung ist die Einbindung der Landesverbände der Pflegekassen in die Arbeit der Ausschüsse. Die Entscheidung über die Einrichtung und Ausgestaltung liegt in der Hand der Länder. Die Zusammenarbeit der Landesverbände der Pflegekassen mit den örtlichen Verantwortlichen ist von besonderer Bedeutung, da insbesondere die Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich sind (§§ 12 und 69). Regionale Pflegeausschüsse können für die Koordinierung der örtlichen pflegerischen Versorgung eine sinnvolle Ergänzung zu den Landespflegeausschüssen sein. Sie können aufgrund ihres Charakters und des Einvernehmlichkeitsprinzips zu einer besseren Abstimmung der pflegerischen Infrastruktur und der Versorgung beitragen.

Gleichzeitig obliegt es den Ländern, ihrerseits Regelungen zur Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte an der Planung, Entwicklung und Umsetzung der regionalen Versorgungsstrukturen zwecks deren Verbesserung vorzusehen. Eine solche Beteiligung gewährleistet eine verbesserte Koordinierung und Zusammenarbeit mit den für die Hilfe zur Pflege und für die Altenhilfe jeweils zuständigen Trägern der Sozialhilfe und den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die örtliche Altenhilfe.

Regionale Pflegeausschüsse, an denen alle entscheidenden Akteure der Pflege vor Ort mitwirken, können geeignet sein, regionale Unterschiede besser zu berücksichtigen und sozialraumorientierte Versorgungsstrukturen durch eine engere Zusammenarbeit zu optimieren. Die Kreise und kreisfreien Städte verfügen durch ihre Rolle als Träger der Daseinsvorsorge und kommunalen Altenhilfe über die Nähe zu den sozialräumlichen Strukturen und die Kenntnis der (pflegerischen) Versorgungssituation vor Ort. Somit kommt den regionalen Pflegeausschüssen eine zentrale Bedeutung bei der Strukturentwicklung, Planung und Koordinierung zu, die sich ohne eine Mitarbeit der Landesverbände der Pflegekassen nicht realisieren ließe.

Die in den regionalen Pflegeausschüssen gewonnenen Erkenntnisse im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Beteiligten können für die Beratung in den Landespflegeausschüssen nutzbar gemacht werden.

Die Einrichtung regionaler Pflegeausschüsse und die Sicherstellung der Mitarbeit der Landesverbände der Pflegekassen bilden eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege ab.

Zu Absatz 4

Durch die Regelung werden die Pflegekassen, die Landesverbände der Pflegekassen sowie die weiteren in Absatz 2 genannten Mitglieder der sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse verpflichtet, an der Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur mitzuarbeiten (Pflegestrukturplanungsempfehlungen). Die Empfehlungen können sich beispielsweise auf Über-, Unter- oder Fehlversorgung beziehen. Die Pflegestrukturplanung ist Teil der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nach § 8 Absatz 1. Bereits § 8 Absatz 2 verpflichtet zur Zusammenarbeit der Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen, die durch Absatz 4 konkretisiert wird. Die nähere Ausgestaltung und die Zuordnung der Pflegestrukturplanungsempfehlungen zu den Gremien nach den Absätzen 1 und 3 werden durch landesrechtliche Regelungen getroffen. Damit wird auch eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt.

Die Länder können in eigener Zuständigkeit die Regionen bestimmen, auf die sich die Pflegestrukturplanung beziehen soll. Auch inhaltlich steht es ihnen frei, in ihren Regelungen über die in § 9 Satz 1 beschriebene Versorgungsstruktur – bestehend aus ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen – hinauszugehen, z. B. durch die Einbeziehung weiterer pflegebezogener Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege.

Außerdem werden die genannten Mitglieder verpflichtet, Daten zu übermitteln, die ihnen bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind. Dabei wird der Datenschutz gewährleistet, da nur innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens Daten übermittelt werden dürfen. Zu übermitteln sind insofern ausschließlich Da-

ten zur Beschreibung der jeweiligen Versorgungsstruktur, die nicht personenbeziehbar sind. Die Ausschüsse sind bei der Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen für die Pflegestrukturplanung auf eine solide Datengrundlage angewiesen, um den vorhandenen Bestand an Diensten und Einrichtungen zu ermitteln und auf dieser Grundlage das vorhandene Versorgungsangebot zu analysieren.

Die Beschlüsse der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 sind nicht verbindlich und haben reinen Empfehlungscharakter. Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 vertretenen Pflegekassen und Landesverbände der Pflegekassen sowie für den sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss nach Absatz 2 zusätzlich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und die Landeskrankenhausgesellschaften werden allerdings verpflichtet, den jeweiligen Ausschüssen über eine Berücksichtigung und praktische Anwendung dieser Empfehlungen in ihrem eigenen Aufgabenfeld zu berichten. Insofern erhalten die Ausschüsse Kenntnis darüber, ob Empfehlungen berücksichtigt wurden, in welcher Weise sie berücksichtigt wurden und mit welchem Ergebnis.

Zu Absatz 5

Nach dieser Regelung haben die Vertragsparteien nach dem Siebten und Achten Kapitel Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung beim Abschluss der Versorgungs-, der Rahmen- und der Vergütungsverträge in der Regel einzubeziehen. Die Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 können somit durch die Analyse von Über- und Unterversorgung zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur beitragen.

Im Austausch mit den Pflegekassen und Landesverbänden der Pflegekassen sollen insbesondere die Landespflegeausschüsse und die regionalen Ausschüsse aufgrund ihrer Kenntnis über die örtlichen Verhältnisse feststellen, ob in bestimmten Gebieten eine Unterversorgung mit pflegerischen Leistungen droht oder eingetreten ist. So können sich beispielsweise die Gremien für bestimmte Anreize aussprechen, um die Bereitschaft von Pflegediensten zur Leistungserbringung in unterversorgten Gegenden zu fördern. Dies setzt voraus, dass die entsprechenden Gremien vorher eine Unterversorgung festgestellt haben. Die Einbeziehung von Empfehlungen zur Abwendung und Beseitigung von Über- und Unterversorgung mit pflegerischen Leistungen bildet auch eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege ab.

Zu Nummer 5 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Überschrift.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe c

Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen gemäß § 9 Satz 3 Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung entstehen. Die Entlastungswirkung der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe ist bis heute spürbar. Wenn die Länder die Investitionen von Pflegeeinrichtungen fördern, reduzieren sie damit den von den Pflegebedürftigen nach § 82 Absatz 3 zu zahlenden Anteil an den betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen; auch dies trägt deutlich zur Entlastung der Pflegebedürftigen sowie der Sozialhilfeträger bei. Es gibt jedoch bislang keine regelmäßige, systematische und vollständige Übersicht über die Investitionskostenförderung durch die Länder, die darstellt, in welchem Umfang die Vorschrift des § 9 umgesetzt wird. Dem soll mit der Neuregelung abgeholfen werden. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hat gezeigt, dass Kommunen und Ländern eine größere Bedeutung für die pflegerische Versorgung zukommt, so dass eine jährliche Information darüber notwendig ist, in welchem Rahmen einzelne Länder eine Förderung der Pflegeeinrichtungen für erforderlich halten und mit welchen finanziellen Auswirkungen auf den Investitionskostenanteil der Pflegebedürftigen diese Förderung im Ergebnis verbunden ist.

Die Berichtspflicht umfasst daher neben Länderangaben über die jährlich verausgabten Mittel zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen auch nähere Informationen und Angaben zu den durch-

schnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen, jeweils differenziert für den ambulanten, teil- und vollstationären Bereich bezogen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte. Diese Angaben dienen der Abschätzung der jährlichen Belastungen der Pflegebedürftigen. Den Ländern liegen dazu die aktuellen Informationen nach § 82 Absatz 3 bei geförderten Pflegeeinrichtungen und nach § 82 Absatz 4 bei nicht geförderten Pflegeeinrichtungen vor. Durch die jährliche Berichterstattung lassen sich die Auswirkungen der Investitionskostenförderung im Verlauf besser auswerten. Das BMG wird die Berichte veröffentlichen.

Zu Nummer 6 (§ 13)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Überführung der bisher in § 13 Absatz 3a enthaltenen Regelung in den neuen § 45b Absatz 3.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist vermehrt mit Abgrenzungsfragen zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den Leistungen der Eingliederungshilfe zu rechnen. Das Verhältnis von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem SGB XII, dem BVG und dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) wird mit der Neuregelung in § 13 Absatz 3 klarer als bisher beschrieben. Ziel der Neuregelung ist, eine möglichst klare Abgrenzung zwischen den Leistungen der Pflege und den Leistungen der Eingliederungshilfe zu treffen, um damit die Handhabung der Vorschrift für die Praxis zu erleichtern und ihren Inhalt für die Betroffenen besser verständlich darzustellen. Darüber hinaus werden die bislang bestehenden grundsätzlichen Leistungsverpflichtungen nach den jeweils einschlägigen Rechtsvorschriften der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe nicht verändert.

Schnittstellen zwischen den Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe werden sich künftig vor allem bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im häuslichen Umfeld ergeben. Geregelt wird daher, dass die Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld in Sinne von § 36 grundsätzlich vorrangig sind, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund.

Demgemäß ist zunächst danach abzugrenzen, ob eine zu erbringende Leistung dem häuslichen oder dem außerhäuslichen Umfeld zuzuordnen ist. Ist die Leistungserbringung dem häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 zuzuordnen, gilt für diese Leistungserbringung grundsätzlich der Vorrang der Pflege, wenn bei der Maßnahme nicht die Eingliederungshilfe im Vordergrund steht. Das bedeutet für das häusliche Umfeld im Sinne des § 36, dass die Leistungen, deren Zweck vor allem in der pflegerischen Versorgung im Sinne des SGB XI besteht, in die Leistungssphäre der Pflegeversicherung fallen und mit den hierfür zur Verfügung stehenden ambulanten Leistungsarten abgedeckt werden. Die nach dem SGB XI bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Versicherten bleiben dabei unangetastet. Dies gilt auch für die Wahl, ob die Versicherten ambulante Sachleistungen oder Pflegegeld oder eine Kombination aus beidem beziehen möchten. Damit haben die ambulant versorgten Versicherten – wie bisher – vollen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Bei Leistungen im häuslichen Umfeld, die grundsätzlich im engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der Erfüllung von Aufgaben der Eingliederungshilfe stehen, sind diese abweichend vom Grundsatz des Vorrangs der Pflege insgesamt der Eingliederungshilfe zuzuordnen. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn eine Maßnahme integraler Bestandteil von Leistungen der Eingliederungshilfe ist oder in unmittelbarem Zusammenhang damit steht, diese im Interesse der Betroffenen sachgerecht erbringen zu können. Davon ist auch auszugehen, wenn die Leistung der Eingliederungshilfe schwerpunktmäßig außerhalb des häuslichen Umfelds angesiedelt ist, aber in das häusliche Umfeld hineinreicht (wie etwa bei der Unterstützung bei einem Toilettenzugang, wenn der Betroffene zum Freizeitausflug von zu Hause abgeholt wird). Des Weiteren kann auch die jeweilige fachliche Qualifikation, die benötigt wird, um die jeweilige Leistung sachgerecht erbringen zu können, ein wichtiges Zuordnungskriterium sein. Sind für die Leistungserbringung vor allem pflegefachliche Kenntnisse erforderlich, so ist die Leistungserbringung in der Regel der Leistungssphäre der Pflegeversicherung zuzuordnen. Sind hingegen teilhabeorientierte Fachkenntnisse, beispielsweise pädagogische oder psychosoziale Kenntnisse erforderlich, ist die Leistungserbringung in der Regel der Sphäre der Eingliederungshilfe zuzuordnen.

Insgesamt soll damit vermieden werden, dass einheitliche Lebenszusammenhänge zerrissen werden. Folge der Regelung soll nicht sein, dass eine bisher praktizierte einheitliche Leistungserbringung durch einen hierfür qualifizierten Leistungserbringer in Zukunft in mehrere Bestandteile aufgesplittet wird, für die die Pflegebedürftigen dann unterschiedliche Leistungserbringer aus unterschiedlichen Leistungssystemen heranziehen müssten. Im Interesse der Betroffenen verbleibt es daher auch in Zukunft insoweit weiterhin bei einem Leistungsbezug „aus einer Hand“. Notwendige Bedarfe der Leistungsberechtigten werden gedeckt.

Zugleich werden – wie bisher – Leistungen, bei denen die Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund stehen, ohne dass auch ein sachlicher Zusammenhang mit einer pflegerischen Versorgung im Sinne des SGB XI besteht, von der Eingliederungshilfe auch im häuslichen Umfeld weiterhin ungeschmälert erbracht.

Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor. Dies betrifft zum einen Leistungen, die für ambulant versorgte Anspruchsberechtigte außerhalb der häuslichen Umgebung im Sinne des § 36 erbracht werden, beispielsweise Ausflüge zu Freizeiten oder die Begleitung zu Behördengängen. Zum anderen betrifft dies auch Leistungen in Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 4 sowie – nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen – Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 neuer Fassung. Von einer Leistungserbringung innerhalb des „häuslichen Umfelds im Sinne des § 36“ wird in jedem Fall auszugehen sein, soweit ein enger räumlicher Bezug zur Wohnung der Pflegebedürftigen bzw. dem Haushalt, in dem die Pflegebedürftigen in der Regel gepflegt werden, besteht. Von einem Bezug zum häuslichen Umfeld ist auch in den Fällen auszugehen, in denen die Unterstützung in engem sachlichem Bezug zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im Haushalt und dessen räumlichen Umfeld steht und darauf ausgerichtet ist, die körperlichen, geistigen oder seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 2). Keinen solchen Bezug hingegen weisen typischerweise Leistungen auf, die zur Unterstützung beim Besuch von Kindergarten oder Schule, bei der Ausbildung, Berufstätigkeit oder sonstigen Teilhabe am Arbeitsleben, bei der Wahrnehmung von Ämtern oder der Mitarbeit in Institutionen oder in vergleichbaren Bereichen dienen.

Bereits im PSG II ist bestimmt worden, dass eine begleitende wissenschaftliche Evaluation insbesondere zu Maßnahmen und Ergebnissen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durchgeführt wird. Die vorliegende Neuregelung des § 13 ist bei der hierbei vorgesehenen Einbeziehung von „Versorgungskonstellationen einschließlich derjenigen von pflegebedürftigen Personen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen versorgt werden“ (§ 18c Absatz 2 Satz 3 Nummer 6) zu berücksichtigen.

Die Regelung des Satzes 4 gilt, soweit im SGB XI gesetzlich nichts anderes bestimmt ist. Dies betrifft insbesondere die Regelung in § 43a.

§ 13 Absatz 3 Satz 3 und 4 entspricht inhaltsgleich der im Entwurf vorgesehenen Regelung des § 63b Absatz 1 SGB XII-E, mit dem das Vorrang- bzw. Nachrangverhältnis zwischen den Leistungen der Hilfe zur Pflege und den Leistungen der Eingliederungshilfe geregelt wird.

Die bereits bislang in § 13 Absatz 3 Satz 3 enthaltene Bestimmung, dass die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren ist, wird als neuer Satz 5 beibehalten. Sie bezieht sich sowohl auf stationäre Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 4 – beziehungsweise nach Inkrafttreten der Neufassung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 und 2 neuer Fassung – als auch – nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelung – auf Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 neuer Fassung.

Zu Buchstabe b

Die bisher in § 13 Absatz 3a enthaltene Regelung, dass die Leistungen nach § 45b bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung finden, wird in einen neuen Absatz 3 des § 45b verschoben. Inhaltliche Änderungen sind hiermit nicht verbunden.

Zu Nummer 7 (§ 28a)

Zu Buchstabe a

Die Änderung schließt eine nicht gewollte Leistungslücke beim Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1.

Der Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag setzt gemäß § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung voraus, dass der Pflegebedürftige Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b bezieht. Das bloße Bestehen der Ansprüche ohne eine tatsächliche Inanspruchnahme genügt nicht. Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 steht von den in § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Leistungen nur der Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 zu. Damit sie den Wohngruppenzuschlag auch dann beanspruchen können, wenn sie den Entlastungsbetrag nicht beziehen oder diesen ansparen, gilt § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 nicht.

Zu Buchstabe b

Die in § 28a enthaltene Liste der Leistungen, die bei Pflegegrad 1 in Anspruch genommen werden können, wird im Interesse der Transparenz ergänzt. Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Die Leistungen gemäß § 44a werden – ausweislich des Wortlauts, der keine Beschränkung auf die Pflegegrade 2 bis 5 vornimmt – jedoch auch bei Pflegegrad 1 gewährt. Deshalb werden die Leistungen nach § 44a ebenso in § 28a aufgelistet, wie die anderen Leistungen, die bei Pflegegrad 1 gewährt werden.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 8 (§ 34)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Neufassung des Siebten Kapitels des SGB XII.

Zu Nummer 9 (§ 36)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neufassung des Neunten Buches (SGB IX) durch das Bundesteilhabegesetz und den damit zusammenhängenden Anpassungen im SGB XI.

Zu Nummer 10 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung sollen künftig die Pflegebedürftigen sowie die häuslich Pflegenden während des Beratungsbesuches auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hingewiesen werden. Eine engere Verzahnung insbesondere mit den Angeboten der Pflegestützpunkte erleichtert es den Pflegebedürftigen und häuslich Pflegenden, sich bei Bedarf auch außerhalb der Beratungseinsätze Unterstützung und Beratung in ortsnahen niedrigschwelligen Pflegestützpunkten zu holen. Die Hinweispflicht auf weitere Beratungsangebote ist auch bei der Erarbeitung der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche, die von den Vertragsparteien nach § 113 bis zum 1. Januar 2018 zu beschließen sind, zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Die Neuregelung eröffnet ebenfalls den Kommunen die Möglichkeit, die vorgeschriebenen Beratungseinsätze nach Absatz 3 durchzuführen. Damit wird eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt.

Die pflegfachliche Qualität der Beratung ist auch in diesen Fällen zu sichern. Vor diesem Hintergrund werden sowohl die Kommunen als auch die bereits bisher in Absatz 8 als Beratungsinstitution vorgesehenen Pflegeberaterinnen und -berater im Sinne des § 7a ausdrücklich auf pflegfachliche Kompetenz verpflichtet. Die Beratung hat alle Vorgaben des Absatz 3 sowie Absatz 4 einzuhalten. Sobald die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 beschlossen worden sind, sind deren Inhalte auch bei der Durchführung einer Beratung nach Absatz 8 zu beachten.

Die Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften sollten vorzugsweise in einem Anstellungsverhältnis zur Kommune stehen. Die Kommune kann sich aber auch Dritter bedienen. Es ist sicherzustellen, dass die Beraterinnen und Berater die pflegfachlichen Voraussetzungen erfüllen. Dies ist gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen nachzuweisen. Auch die sonstigen Voraussetzungen für die Beratung nach § 37 Ab-

satz 3 müssen jederzeit eingehalten werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass in jedem Beratungsfall ausreichende datenschutzrechtliche Vorkehrungen getroffen werden, da hier besondere Arten personenbezogener Daten (vgl. § 3 Absatz 9 des Bundesdatenschutzgesetzes) verarbeitet werden, die eines besonderen Schutzes bedürfen.

Eine Vergütung durch die Pflegekassen wird ausgeschlossen. Der Ausschluss der Vergütung ergibt sich für Beratungspersonen der Pflegekassen deswegen, weil deren Tätigkeit bereits über den Verwaltungshaushalt der Pflegekassen finanziert ist. Soweit es um Beratungspersonen kommunaler Gebietskörperschaften geht, folgt der Ausschluss der Vergütung der Finanzierungssystematik der Pflegestützpunkte, in denen ebenfalls gemeinsam Aufgaben wahrgenommen werden, die Finanzierung der dorthin entsandten Beratungspersonen aber Sache der jeweils entsendenden Stelle bleibt. Hinzu kommt, dass bei der Durchführung der Beratung durch kommunale Beratungspersonen naturgemäß auch Beratungsgegenstände im Raum stehen, die über die rein pflegefachliche Zielsetzung des Beratungsbesuches nach § 37 Absatz 3 hinausgehen und sich etwa auf Fragen der Altenhilfe beziehen. In diesen Fällen wird eine strenge Aufteilung der Beratungsgegenstände in der Regel nicht zu leisten sein. Vor diesem Hintergrund sollte eine ungewollte Mischfinanzierung, durch die etwa auch Aufgaben der allgemeinen Altenhilfe über die Pflegeversicherung mitgetragen werden, bereits im Grundsatz vermieden werden. Ferner ist zu beachten, dass die Vergütung der Pflegeberatungseinsätze bei Einführung der Pflegeversicherung nur deswegen vorgesehen wurde, weil zugelassene Pflegedienste in die Beratung eingebunden worden sind und angelehnt an das Vergütungssystem bei der Erbringung von Pflegesachleistungen ein entsprechender Vergütungsanspruch verankert worden ist.

Die Beratungsbesuche durch anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften können auch bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder Pflegebedürftigen, die Pflegesachleistungen beziehen, durchgeführt werden. Die aus Absatz 3 Satz 5 und 6 folgenden Ansprüche der entsprechenden Versicherten können in diesen Fällen jedoch nicht durch Erfüllung erlöschen, da sich der Anspruch jeweils gegen die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen richtet und folglich nur von der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen selbst oder durch von ihr bzw. ihm dazu eingesetzten Beratungsinstitutionen erfüllt werden kann. In diesen Fällen handelt es sich somit der Sache nach um zusätzliche Beratungsbesuche.

Zu Nummer 11

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Anpassung des § 43a.

Zu Nummer 12 (§ 43a)

§ 43a in der geltenden Fassung, der an vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen anknüpft, liefe ohne Anpassungen des Wortlauts mit der Aufgabe der Differenzierung der Eingliederungshilfe nach ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen durch das Bundesteilhabegesetz ins Leere. Die Änderungen dienen der Aufrechterhaltung der bisherigen Rechtswirkungen der Norm. Hierzu wird auch § 71 Absatz 4 ergänzt, auf den in § 43a Satz 3 verwiesen wird. Über die Leistung nach § 43a hinaus gehende Leistungen nach dem Elften Buch sind daher in den Einrichtungen im Sinne des Satz 1 und den Räumlichkeiten im Sinne des Satz 3 ausgeschlossen. Satz 3 betrifft Pflegebedürftige, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des durch das Bundesteilhabegesetz neu gefassten SGB IX erhalten.

Die bislang in Satz 1 geregelte Bezugnahme auf das nach § 75 Absatz 3 SGB XII vereinbarte Heimentgelt ist aufgrund der Rechtsänderungen, die mit der Einführung des neuen Teil 2 des SGB IX durch das Bundesteilhabegesetz verbunden sind, anzupassen. Die entsprechende Regelung in Satz 1 bezieht sich deshalb künftig auf die nach Teil 2 Kapitel 8 des neuen SGB IX vereinbarte Vergütung. Da die hiernach vereinbarten Vergütungen den Lebensunterhalt nicht mehr mit umfassen, sondern sich auf die Fachleistungen konzentrieren, bedarf es zugleich einer Anpassung des Prozentsatzes, der der Berechnung zu Grunde zu legen ist, um den bisher zu berücksichtigenden Anteil der Vergütung weiterhin in etwa gleicher Höhe abzubilden.

Zu Nummer 13 (§ 45b)

Zu Buchstabe a

Mit den Änderungen werden Auslegungsfragen zu der bestehenden Vorschrift des § 45b geklärt, die nach der Ausdehnung des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen auch auf Pflegebedürftige,

die in ihrer Alltagskompetenz nicht erheblich eingeschränkt sind, aufgetreten sind. Diese Klarstellungen gelten sowohl für die aktuelle Rechtslage als auch für die neue Rechtslage ab dem 1. Januar 2017.

Es wird klargestellt, dass der Anspruch auf den Entlastungsbetrag mit dem Vorliegen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen entsteht, also mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und dem Vorliegen von häuslicher Pflege. Ab diesem Zeitpunkt steht der Entlastungsbetrag den Anspruchsberechtigten monatlich jeweils ohne weiteres zur Verfügung. Ab diesem Zeitpunkt greift auch Absatz 2 Satz 3, nach dem der Anspruch auf den Entlastungsbetrag – ebenso wie bisher die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen – innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden kann. Das bedeutet, dass die grundsätzlich monatlich entstehenden Ansprüche, soweit sie in dem jeweiligen Monat nicht genutzt werden, nicht verfallen, sondern die nicht ausgenutzten Beträge auch noch im weiteren Verlauf des Kalenderjahres genutzt werden können (sog. „Ansparen“). Am Ende des Kalenderjahres nicht verbrauchte Beträge können gemäß Absatz 2 Satz 3 zudem noch bis in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Dies ermöglicht eine besonders flexible und bedarfsgerechte Handhabung des Anspruchs, ohne das grundsätzliche Ziel aus den Augen zu verlieren, den Betroffenen eine möglichst kontinuierliche Entlastung zu ermöglichen und Anreize zu setzen, diese auch tatsächlich wahrzunehmen.

Einer gesonderten Antragstellung vor Beginn des Bezugs von in § 45b Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen bedarf es nicht, um den Anspruch auf den Entlastungsbetrag entstehen zu lassen. Wie in Absatz 2 Satz 1 und 2 normiert und in der Begründung zum PSG II ausgeführt (siehe BT-Drucksache 18/5926, Seite 133 f.), ist es vielmehr ausreichend, wenn der Antrag auf die Erstattung der Kosten für die entstandenen Eigenbelastungen nachträglich eingereicht wird. Mit dem Antrag wird seitens des Anspruchsberechtigten konkretisiert, für welche der durch ihn bezogenen Betreuungs- oder Entlastungsleistungen im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 er eine Kostenerstattung wünscht und in welcher Höhe die Erstattung hierfür erfolgen soll. Diese Antragstellung kann – so wie bisher bereits in der Verwaltungspraxis gehandhabt – auch konkludent erfolgen, indem der Anspruchsberechtigte entsprechende Belege einreicht. Die Erstattung der Kosten für die Aufwendungen, also die Auszahlung der finanziellen Mittel, kann in aller Regel erst erfolgen, wenn eine entsprechende Konkretisierung vorgenommen worden ist und die Entstehung der Aufwendungen für die Inanspruchnahme von in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen belegt werden kann. Die konkrete Kostenerstattung als solche erfolgt daher, wenn die entsprechenden in Absatz 2 Satz 2 genannten Voraussetzungen vorliegen.

Zu Buchstabe b

Dem § 45b wird ein neuer Absatz 3 angefügt, der die Berücksichtigung des Entlastungsbetrags in anderen Leistungssystemen regelt. Die bisher in § 13 Absatz 3a enthaltene Regelung, dass die Leistungen nach § 45b bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung finden, wird in den neuen Satz 1 überführt. Inhaltliche Änderungen sind hiermit nicht verbunden. In Satz 2 wird zudem ausdrücklich bestimmt, dass § 63b Absatz 1 Satz 3 SGB XII, nach dem grundsätzlich Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht erbracht werden, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten, auf den Entlastungsbetrag nach § 45b keine Anwendung findet. Mit dieser Regelung wird unter anderem sichergestellt, dass der als separater Betrag ausgewiesene Entlastungsbetrag auch bei entsprechenden Empfängern von Fürsorgeleistungen weiterhin insbesondere für die Entlastung von Pflegepersonen in vollem Umfang tatsächlich zur Verfügung steht, so dass die entsprechende Intention des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (siehe dessen Abschlussbericht vom 27. Juni 2013, Seite 34) auch in diesen Fällen Wirksamkeit entfaltet. Eine Ausnahme hiervon bilden die Leistungsansprüche nach den §§ 64i und 66 SGB XII (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 und bei den Pflegegraden 2 bis 5), soweit in diesen Anspruchsnormen der Hilfe zur Pflege Leistungen vorgesehen sind, die inhaltlich den Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 deckungsgleich entsprechen. Hinsichtlich dieser Leistungen der Hilfe zur Pflege darf der Entlastungsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 insoweit Berücksichtigung finden und insoweit findet auch § 63b Absatz 1 Satz 3 SGB XII Anwendung.

Zu Nummer 14 (§ 45c)

Zu Buchstabe a

Als Ergebnis der Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege wird in § 45c Absatz 2 für die kommunalen Gebietskörperschaften die Möglichkeit eröffnet, ihren För-

deranteil auch in Form von Personal- oder Sachmitteln einzubringen. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn der Förderanteil nachweislich unmittelbar der Erreichung des jeweiligen Förderzwecks dient. Gemeint ist damit etwa die unentgeltliche Bereitstellung von Räumlichkeiten oder die Abstellung von Personal für eine geförderte Initiative. Denkbar ist beispielsweise, dass die kommunale Gebietskörperschaft selbst eine hierfür entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft beschäftigt, die unmittelbar und ausschließlich für die Supervision und zur kontinuierlichen fachlichen Begleitung und Unterstützung von als Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a anerkannten Einzelhelferinnen und Einzelhelfern im Gebiet der kommunalen Gebietskörperschaft eingesetzt wird, und die hierfür anfallenden Kosten als zuschussgleich anerkannt werden. Eine Anerkennung als Zuschuss kann aber nur insoweit erfolgen, als die Mittel ausschließlich zu dem angegebenen Förderzweck nach Absatz 1 eingesetzt werden. Die beantragende Kommune hat dies gegenüber den anderen Fördergebern nachzuweisen. Keinesfalls können Personal- oder Sachmittel als Förderanteil anerkannt werden, wenn diese als Aufwand z. B. im Bereich der Bearbeitung von Förderanträgen anfallen oder sonst der allgemeinen Verwaltungstätigkeit der Kommunen zuzuordnen sind. Zur Vermeidung von Streitfällen ist vorab Einvernehmen mit allen im Einzelfall beteiligten Fördergebern herzustellen über die Bewertung der kommunalen Anteile und über die Feststellung, dass diese ausschließlich der unmittelbaren Erreichung des Förderzwecks dienen.

Sofern die kommunalen Gebietskörperschaften zudem etwa Finanzmittel Dritter zur Finanzierung eines kommunalen Zuschusses einsetzen wollen, könnte dies in der Weise denkbar sein, dass sie sich deren Finanzmittel im Rahmen des jeweils geltenden Haushaltsrechts übertragen lassen und diese dann als eigene Fördermittel einsetzen, vorausgesetzt, die Herkunft wird offengelegt. Schwerfällige Abstimmungsprozesse, die durch die Beteiligung weiterer Fördergeber sowohl bei der Mittelvergabe als auch bei etwaigen Rückforderungen entstehen würden, würden damit von vornherein vermieden. Denkbar wäre eine derartige Förderung unter anderem durch gewerbliche Unternehmen aus der Region oder unabhängige Stiftungen, nicht hingegen durch Leistungserbringer. Um bereits dem Anschein einer Einflussnahme entgegenzuwirken, wäre es in jedem Fall zu vermeiden, dass am Versorgungsgeschehen beteiligte oder interessierte Kreise – sei es unmittelbar oder mittelbar – als Finanzierungsquelle in Betracht kommen. Eine gesetzliche Regelung im SGB XI erscheint hierzu nicht erforderlich.

Zu Buchstabe b

Die bereits bisher in § 45c enthaltenen Vorschriften zum Verteilungsschlüssel und zur Übertragung von nicht ausgeschöpften Fördermitteln werden in Umsetzung einer Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege durch die vorliegenden Regelungen erweitert. Da die Höhe der Ausschöpfung der Fördermittel insbesondere für den Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote in den einzelnen Bundesländern bislang sehr unterschiedlich ist, soll die Gesamtausschöpfung der insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel von jährlich 25 Millionen Euro (einschließlich Kofinanzierung: 50 Millionen Euro) mit einer Ergänzung der Übertragungsvorschriften verbessert werden. Daher wird Ländern, die ihre Fördermittel weitgehend (zu mindestens 80 Prozent) ausschöpfen, die Möglichkeit gegeben, die von den Ländern und kommunalen Gebietskörperschaften auch im Rahmen der Übertragung auf das Folgejahr nach Absatz 6 Satz 2 noch nicht verbrauchten Fördermittel für zusätzliche Maßnahmen auszugeben. Dies geschieht, indem die nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Länder entfallenden Mittel am Ende des Folgejahres nicht mehr verfallen, sondern ein Gesamtbudget bilden, aus dem interessierte Länder auf Antrag zusätzliche Maßnahmen finanzieren können. Die Länder müssen dabei – gegebenenfalls unter Absprache mit den kommunalen Gebietskörperschaften, die an einer Förderung zusätzlicher Maßnahmen interessiert sind, – die zu fördernden Projekte konkret benennen und ihren Inhalt beschreiben. Die nach der Bewilligung erfolgende Verausgabung der nach dem neuen Satz 3 beantragten Fördermittel durch die Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften darf sich für diese Projekte über einen Zeitraum von maximal drei Jahren erstrecken. Damit eine gleichmäßige Verteilung der im Gesamtbudget vorhandenen Mittel erfolgen kann, werden die Anträge zunächst bis zum 30. April des auf das Folgejahr im Sinne des Satz 2 folgenden Jahres gesammelt. Übersteigen die bis zum Stichtag beantragten Mittel die im Gesamtbudget vorhandenen Mittel, erfolgt eine Verteilung auf die beantragenden Länder nach dem Königsteiner Schlüssel. Verbleiben dagegen nach einer Verteilung auf die Länder, die einen Antrag bis zum Stichtag gestellt haben, immer noch Mittel, werden diese Mittel nach dem Stichtag in der Reihenfolge des Antrageingangs verausgabt. Soweit Mittel bis zum Ende des auf das Folgejahr im Sinne des Satz 2 folgenden Jahres nicht beantragt worden sind, fließen sie wie bisher an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zurück.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Eröffnung der Möglichkeit nach dem neuen Absatz 2 Satz 3, wonach kommunale Gebietskörperschaften ihren Förderanteil auch in Form von Personal- oder Sachmitteln einbringen können. Es wird vorgesehen, dass die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel, die dieser mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. gemäß Absatz 7 Satz 1 beschließt, auch Ausführungen dazu zu enthalten haben, welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss. Dies dient dazu, die notwendigen Anforderungen besser zu konturieren und damit zum einen den kommunalen Gebietskörperschaften mehr Anhaltspunkte zu geben, wann eine Förderung in dieser Form in Betracht kommen könnte, und zum anderen eine bundesweit einheitliche Anwendung der Anforderungen zu fördern, die an die Einbringung der Zuschüsse in Form von Personal- und Sachmitteln zu stellen sind. Dadurch wird auch die Herstellung des Einvernehmens zwischen den Fördergebern nach Absatz 2 Satz 3 jeweils vereinfacht und beschleunigt.

Zu Nummer 15 (§ 71)

Mit der Neuregelung wird bestimmt, dass auch Räumlichkeiten dem § 71 Absatz 4 unterfallen, bei denen der Zweck im Vordergrund steht, sowohl dem Wohnen von Menschen mit Behinderungen zu dienen, als auch für die Bewohnerinnen und Bewohner dort Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen zu erbringen. Voraussetzung ist, dass auf die Nutzungsüberlassung dieser Räumlichkeiten das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBG) Anwendung findet. Dieses Gesetz ist anzuwenden, wenn die Überlassung von Wohnraum und die Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen miteinander verknüpft sind, wobei auch Leistungen der Eingliederungshilfe zu den Pflege- oder Betreuungsleistungen im Sinne dieses Gesetzes zählen. Hierbei sind verschiedene Konstellationen möglich, die jeweils in § 1 WVBG näher beschrieben werden.

Die Regelung ist notwendig, da mit der Einführung des Teils 2 des neuen SGB IX durch das Bundesteilhabegesetz die Differenzierung zwischen ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen der Eingliederungshilfe aufgegeben wird. Um die gleichen Rechtswirkungen wie bisher zu erzielen, ist daher eine Anpassung erforderlich. Räumlichkeiten, die die in Nummer 3 geregelten Voraussetzungen erfüllen, sind dadurch geprägt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner die Überlassung des Wohnraums sowie die Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe und ggf. darüber hinaus erforderliche Leistungen zur Pflege oder Betreuung in einer Weise erhalten, die bewirkt, dass im Rahmen einer Gesamtbetrachtung die Versorgung durch die Anbieter umfassend organisiert wird. Sie entsprechen damit den bereits bisher von § 43a und § 71 Absatz 4 erfassten stationären Einrichtungen, in denen Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund stehen, oder sind diesen gleichzustellen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass eine Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Menschen mit Behinderungen unter Geltung des neuen Rechts der Eingliederungshilfe möglich ist, ohne dass dies zu ungewollten Lastenverschiebungen zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung führen kann.

Die Wirkungen der Neuregelung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu evaluieren.

Um die Übersichtlichkeit und Lesbarkeit zu verbessern, werden die Regelungsgegenstände des Absatzes 4 zudem nun in Form einer Aufzählung dargestellt. Hiermit sind keine inhaltlichen Änderungen verbunden.

Zu Nummer 16 (§ 75)

Zu Buchstabe a

Die Änderung dient dem Ausbau des Schutzes vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt. Dazu wird im Bereich der Pflegeversicherung zur Klarstellung der Regelungsauftrag für die Pflegeesbstverwaltung in den Landesrahmenverträgen nach § 75 ausdrücklich auf die Vertragsvoraussetzungen und Vertragserfüllung erweitert. Ausgangspunkt bildet hierbei die gesetzlich vorgegebene Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2, wonach die Pflegeeinrichtungen jederzeit die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten müssen. Dies umfasst im rechtmäßigen Geschäftsverkehr eine ordnungsgemäße Vertragserfüllung und deren Abrechnung. Mit dem Regelungsauftrag werden passgenaue Vorgaben entsprechend der landestypischen Versorgungssituation ermöglicht, die bei Bedarf auch gemeinsam von den Beteiligten kurzfristig nachjustiert werden können. Dabei kann insbesondere auch das Verfahren zur Überprü-

fung der Erfüllung der vertraglichen Regelungen von den Verbänden der Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe vereinbart werden. Weiterhin können z. B. nähere Kriterien zur Geeignetheit und Zuverlässigkeit des Inhabers, des Gesellschafters, des Geschäftsführers oder der verantwortlichen Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung bestimmt werden. Zudem können auch geeignete Rechnungslegungs- und Buchführungsunterlagen einschließlich der Leistungsnachweise einbezogen werden. Bei Uneinigkeit steht den beteiligten Rahmenvertragspartnern als Konfliktlösungsmechanismus der Weg vor die Schiedsstelle nach § 76 offen.

Aufgrund ihrer unmittelbaren Verbindlichkeit sind die Regelungen in den Landesrahmenverträgen auch bei der Zulassung neuer Leistungsanbieter und der Prüfung des Abschlusses des Versorgungsvertrages einzubeziehen. Gleichzeitig unterstehen auch alle bereits zugelassenen Leistungserbringer den gleichen Rechten und Pflichten aus der landesvertraglichen Regelung.

Durch die Umsetzung dieses gesetzlichen Regelungsauftrages in den Ländern kann auch für Sachverhalte effektiv Vorsorge getroffen werden, in denen bereits auffällig gewordene Anbieter sich einer gegebenenfalls drohenden Kündigung ihres Versorgungsvertrages entziehen, um stattdessen eine neue Zulassung – unter eigenem Namen oder durch einen „Strohmann“ – zu erlangen. So enthält beispielsweise der aktuelle Rahmenvertrag zur ambulanten pflegerischen Versorgung in Berlin detaillierte Regelungen, um entsprechende Umgehungsversuche bei einer Neuzulassung zu unterbinden.

Zu Buchstabe b

Diese Änderung steht im Zusammenhang mit der geänderten Regelung in § 79.

Zu Buchstabe c und d

Mit der Änderung wird die Praxis zur regelhaften Überprüfung der Zahlung einer ortsüblichen Vergütung nach den Vorgaben des § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 gestärkt. Für die Beschäftigten, wie beispielsweise Küchen- und Hauswirtschaftskräfte sowie Verwaltungspersonal, die nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind, wird damit der Gefahr von Niedriglöhnen entgegengewirkt. Der gesetzliche Auftrag an die Vereinbarungspartner der Landesrahmenverträge nach § 75, Grundsätze zum Verfahren und zur Prüfung für die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten festzulegen, soll hierbei dazu beitragen, die in der Praxis geschilderten Schwierigkeiten bei der Prüfung dieses Merkmals durch die Pflegekassen zu überwinden, um zu belastbaren und eindeutigen Ergebnissen zu gelangen. Angesichts der sich kontinuierlich verändernden örtlichen Bedingungen in der Entlohnung für die Beschäftigten ist es zielführend, dass die Rahmenvertragspartner vor Ort ihre Interessen zu einem ausgewogenen Ausgleich bringen und damit effektiv das Nähere, insbesondere zum örtlichen Einzugsbereich und zur konkreten Ermittlung der ortsüblichen Höhe der Vergütung, festlegen.

Zu Nummer 17 (§ 79)

Als zusätzliche Überprüfungsmöglichkeit gegen fehlerhaftes Abrechnungsverhalten von zugelassenen Pflegeleistungsanbietern wird die Vorschrift zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in § 79 um Abrechnungsprüfungen erweitert, um den Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten verstärkt und gezielter Rechnung zu tragen. Damit ergänzt die Regelung die mit dem PSG II eingeführte Verpflichtung zur Abrechnungsprüfung bei allen Regelprüfungen der Qualität nach § 114 und konzentriert sich dabei auf sämtliche Leistungen der Pflegeversicherung, die nach dem Sachleistungsprinzip erbracht und abgerechnet werden und die im Wege der Erstattung zu Lasten der Pflegeversicherung geltend gemacht worden sind. Mitumfasst sind dabei insbesondere auch die Qualifikation des eingesetzten Personals sowie etwaige Ausbildungszuschläge als Bestandteil der Pflegevergütung nach § 82a, die abgerechnet wurden. Im Interesse der Pflegebedürftigen und der zuständigen Sozialhilfeträger ist bei stationärer Pflege die Abrechnung von Leistungen für Unterkunft und Verpflegung nach § 87, die in einem engen Verhältnis zur Pflegesachleistung erbracht werden, in die Prüfung miteinbezogen. Dabei sollte im Einzelfall auch eine Zusammenarbeit mit den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen angestrebt werden (§ 81a und § 197a SGB V sowie § 47a).

Die Abrechnungsprüfung nach § 79 Absatz 4 stellt ausdrücklich auf das Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte für ein fehlerhaftes Abrechnen durch den zugelassenen Leistungsanbieter ab. Vage und wenig konkrete Hinweise reichen somit für die Veranlassung von Prüfungen nicht aus. Die Anhaltspunkte müssen die Landesverbände

der Pflegekassen vielmehr zu der Überzeugung kommen lassen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Um die Prüfung ausgewogen, praktikabel und zielführend auszugestalten, sind dazu ebenfalls die Rahmenvertragspartner nach § 75 auf Landesebene aufgefordert, die nähere Ausgestaltung des Verfahrens festzulegen.

Zu Nummer 18 (§ 106a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufnahme von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften in § 37 Absatz 8. Auch diese dürfen nunmehr die Beratung nach § 37 Absatz 3 durchführen. Damit sie die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen übermitteln dürfen, wird § 106a auf sie ausgedehnt.

Zu Nummer 19 (§ 109)

Es handelt sich um die Aufnahme des neuen Merkmals Postleitzahl des vorherigen Wohnortes. Für die regionale Planung der Pflegeinfrastruktur ist die regionale Verteilung der Pflegebedürftigen eine wichtige Information. Bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ist neben dem Ort der Pflegeeinrichtung auch der frühere Wohnort, in dem der Pflegebedarf entstanden ist, eine wichtige Planungsinformation, die ergänzend über die Postleitzahl erhoben werden soll. Diese Ergänzung geht auch auf eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zurück.

Zu Nummer 20 (§ 113b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 118 Absatz 1. Durch die Änderung des § 118 Absatz 1 erhalten die auf Bundesebene nach Maßgabe der Verordnung nach § 118 Absatz 2 maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Betroffenenorganisationen) ein Antragsrecht, das über das bislang vorgesehene Mitberatungsrecht hinausgeht.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Konkretisierung des bestehenden gesetzlichen Auftrags an die Selbstverwaltung. Ziel ist es, geeignete und passende Instrumente zu entwickeln und zu erproben, mit denen die Qualität in Wohngemeinschaften gesichert werden kann. Dabei sind unterschiedliche Gestaltungen von neuen Wohnformen, insbesondere ambulant betreute Wohngruppen im Sinne des § 38a zu berücksichtigen. Der gesetzliche Auftrag beinhaltet die Klärung, inwieweit die zu entwickelnden Instrumente für Verfahren der internen Qualitätsentwicklung angemessen angewendet werden können. Darüber hinaus ist zu klären, ob und in welcher Form und für welche Wohnformen die zu entwickelnden Instrumente oder Teile davon für eine Qualitätsprüfung oder als Grundlage für eine Beratung der an einer neuen Wohnform beteiligten Personen sowie für die Darstellung der Qualität geeignet sind. Die Entwicklung und Erprobung ist bis zum 31. März 2018 abzuschließen. Bei der Erstellung des Konzepts für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen sollen die Ergebnisse der vom BMG in Auftrag gegebenen Studien „Bestanderhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen zur Stärkung ambulant betreuter Wohngruppen“ und „Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen“ Berücksichtigung finden.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Änderung des § 118 Absatz 1. Durch die Änderung des § 118 Absatz 1 erhalten ehrenamtlich Tätige, die von den Betroffenenorganisationen zur Wahrnehmung ihres Mitberatungs- und Antragsrechts in die Gremien des Qualitätsausschusses entsandt werden, einen Anspruch auf Erstattung der ihnen hierbei entstandenen Reisekosten. Da das Nähere zum Verfahren der Reisekostenerstattung in der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses geregelt werden soll, werden § 113b Absatz 7 Satz 1 Nummer 9 und 10 entsprechend geändert.

Des Weiteren wird den Vereinbarungspartnern der Geschäftsordnung durch den angefügten Halbsatz in Nummer 10 die Möglichkeit gegeben, die Aufwendungen für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder nach Nummer 2, die Aufwendungen für die Entschädigung der einbezogenen weiteren Sachverständigen oder Gut-

achter nach Nummer 7 sowie die Aufwendungen für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 bzw. nach Nummer 9 den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zuzurechnen. Damit wird klargestellt, dass für den in Absatz 6 festgelegten Zeitraum (fünf Jahre) eine Finanzierung dieser Aufwendungen über § 8 Absatz 4 erfolgt.

Zu Nummer 21 (§ 114)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Die Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegeeinrichtungen erstrecken sich schon bisher auch auf die nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP-Leistungen). Nach den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) in der Fassung vom 17. Januar 2014 sind Versicherte, die HKP-Leistungen erhalten, jedoch nur dann in die Qualitätsprüfungen einbezogen, wenn sie zugleich auch Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten. Mit dem neuen Satz 6 wird festgelegt, dass HKP-Leistungen zukünftig auch dann in Qualitätsprüfungen bei einem nach § 114 zu prüfenden Pflegedienst einzu beziehen sind, wenn diese Leistungen bei Personen erbracht werden, die zugleich Leistungen nach § 37 (Pflegegeld) erhalten oder gar keine Leistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen.

Dies hat zur Folge, dass die für alle Qualitätsprüfungen geltende Maßgabe nach § 114a Absatz 3 Satz 1, dass die Prüfungen auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von Pflegebedürftigen beinhalten, sich jetzt auch auf diejenigen Versicherten erstreckt, die neben HKP-Leistungen der Krankenversicherung Pflegegeld nach § 37 oder keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Die QPR regeln die gesetzlich geforderte Inaugenscheinnahme von Pflegebedürftigen über eine auf Pflegestufen basierende Stichprobe. Bezugsgröße für die Berechnung der Größe der Stichprobe sind nach den QPR nur Personen, die Sachleistungen nach § 36 (oder Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung) in Anspruch nehmen. Im Zuge der gesetzlichen Änderung muss diese Stichprobe nunmehr erweitert werden und zukünftig auch HKP-Leistungen ohne gleichzeitigen Bezug von Pflegesachleistungen berücksichtigen. Die QPR sind entsprechend zu ergänzen, um sicherzustellen, dass auch Versicherte aus diesem Personenkreis, soweit dies bei dem zu prüfenden Pflegedienst zutrifft, über eine entsprechende Regelung in die Prüfung einbezogen werden.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 22 (§ 118)

Die Beteiligungsrechte der Betroffenenorganisationen bei den Beschlüssen und Vereinbarungen der Vertragsparteien nach § 113, die durch den Qualitätsausschuss nach § 113b erlassen bzw. getroffen werden, werden weiter gestärkt.

Die Betroffenenorganisationen erhalten ein Antragsrecht, das über das bislang vorgesehene Mitberatungs- und Anwesenheitsrecht bei den Sitzungen des Qualitätsausschusses und der von ihm eingesetzten Gremien hinausgeht. Damit erfolgt eine Angleichung der Beteiligungsrechte der Betroffenenorganisationen des SGB XI an die Beteiligungsrechte der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (Patientenvertretung) des SGB V.

Zur Sicherstellung der Mitwirkung der Betroffenenorganisationen bei allen Sitzungen des Qualitätsausschusses und der von ihm eingesetzten Arbeitsgruppen oder anderen Gremien sollen die Betroffenenorganisationen auch ehrenamtlich Tätige in die entsprechenden Gremien entsenden können. Diese ehrenamtlich Tätigen erhalten einen Anspruch auf Erstattung der ihnen in diesem Zusammenhang entstehenden Reisekosten. Das Nähere zur Geltendmachung des Anspruchs und zur Erstattung der Kosten regeln die Vereinbarungspartner – die Vertragsparteien nach § 113, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Betroffenenorganisationen – in der Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7.

Zu Nummer 23

Es wird die Überschrift zu einem neuen dreizehnten Kapitel zu befristeten Modellvorhaben eingefügt.

Zu Nummer 24**Zu § 123 (Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen)****Zu Absatz 1**

Mit der Vorschrift wird eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt. Es wird eine Regelung zu Modellvorhaben getroffen, die es kommunalen Stellen ermöglicht, Beratungsaufgaben nach diesem Buch mit eigenen Beratungsaufgaben für alte und/oder hilfebedürftige Menschen zusammenzuführen und gemeinsam in eigener Zuständigkeit zu erbringen. Ziel der Modellvorhaben ist es, die Beratung zu verbessern, indem sie zusammengeführt oder verzahnt wird mit Beratungsangeboten zu Leistungen der Altenhilfe nach den SGB XII, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe, zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerlichen Engagements.

In den Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen sollen alle Beratungsangebote aus einer Hand erfolgen. Ein Modellvorhaben umfasst daher mehr als die Übernahme der genannten Beratungsangebote. Es umfasst z. B. die Vernetzung der Beratungsangebote mit weiteren ortsnahen Angeboten. Dies gilt insbesondere für die Vernetzung von Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c mit kommunalen Beratungsaufgaben wie z. B. den Beratungsaufgaben im Zusammenhang mit der Hilfe zur Pflege und der Altenhilfe nach dem SGB XII. Reibungsverluste sollen minimiert werden. Im Hinblick auf die Zielsetzung quartiersnaher Wohn- und Versorgungsstrukturen kommt vor allem der Wohnraumanpassungsberatung und der Wohnberatung und ihrer Verknüpfung mit den genannten anderen Beratungsinhalten eine große Bedeutung zu. Auch kann die Stärkung ambulanter Pflegesettings positiv beeinflusst und der Ausbau präventiver Hausbesuche durch die Kommunen befördert werden.

Als antragsberechtigte Stellen sind nach Satz 1 die zuständigen Stellen für die Hilfe zur Pflege vorgesehen, in aller Regel also Landkreise und kreisfreie Städte, da hier durch eine Zusammenführung der Beratung der größte Mehrwert für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu erzielen sein dürfte. In flächenmäßig großen Landkreisen muss durch den Landkreis sichergestellt werden, dass eine Beratung wohnortnah erfolgt. Ist der Antragsteller nach Satz 1 ein Zusammenschluss mehrerer Kreise oder kreisfreier Städte, soll der Antrag sich auf einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt beschränken, da dies die sinnvolle Verwaltungseinheit ist, in der von Synergieeffekten ausgegangen werden kann. Ein ähnliches Problem kann in Stadtstaaten auftreten, wenn die Zuständigkeit für die Hilfe zur Pflege oberhalb der Bezirke/Stadtteile liegt. In diesen Fällen wird geregelt, dass die antragstellende Stelle gleich bleibt, der Antrag aber für Stadtteile gestellt werden muss. Auch hier geht es darum, sinnvolle Verwaltungseinheiten zu bestimmen, damit einerseits Synergieeffekte entstehen und andererseits die Übernahme der Beratungsaufgaben gut im Rahmen eines Modellvorhabens zu bewältigen ist. Satz 4 bestimmt, dass die Beratungsstellen im Rahmen der Modellvorhaben die Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung im Bereich der Pflegeberatung nach § 7a bis 7c, der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 sowie die Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45 wahrnehmen können. Die Kreise und kreisfreien Städte müssen nicht in jedem Fall die Beratung bzw. die Kurse selbst erbringen. Zur besseren Verzahnung der unterschiedlichen Beratungsangebote im Zuständigkeitsbereich der Kommunen kann auch lediglich die Federführung über die oben genannten Beratungsangebote der Pflegeversicherung übernommen werden.

Für die Beratung im Rahmen der Modellvorhaben gelten dieselben Qualitätsvorgaben wie für die Beratungen durch die Pflegekassen. Für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit bedeutet die entsprechende Anwendung des § 37 Absatz 3, dass die Beratung eine Qualifikation wie die eines ambulanten Pflegedienstes mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz erfordert. Damit wird sichergestellt, dass die Ansprüche Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen auf die vorgenannten Leistungen bei Erbringung in Modellvorhaben nicht eingeschränkt werden. Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 und Pflegebedürftige, die von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen beziehen, bedeutet dies gleichfalls, dass ihre Ansprüche nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6,

halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abrufen zu können, im Falle der Wahrnehmung durch ein Modellvorhaben ohne Einschränkungen auch gegenüber den Modellvorhaben bestehen. Die Regelungen zur Vergütung (§ 37 Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz und Satz 6 zweiter Halbsatz) finden keine Anwendung. Die Vergütung wird im Rahmen der Verträge der Modellvorhaben geregelt, um eine größtmögliche Flexibilität für Modellvorhaben zu gewährleisten. Für das Angebot von Pflegekursen nach § 45 ist darauf zu achten, dass alle in Betracht kommenden Bedarfskonstellationen abgedeckt werden und auch für besondere Personengruppen ausreichend Angebote erhalten bzw. geschaffen werden. Pflegestützpunkte bzw. vergleichbare Beratungsangebote sollen jeweils einbezogen werden. Zudem ist eine Verzahnung mit der kommunalen Infrastruktur und der Beratung zu kommunalen Leistungen zur Pflege und Pflegevermeidung, z. B. Altenhilfe nach dem SGB XII, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, bürgerschaftliches Engagement, öffentlicher Gesundheitsdienst, rechtliche Betreuung und die Nutzbarkeit des Öffentlichen Personennahverkehrs zu gewährleisten. Das Nähere hierzu ist durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln (vgl. Absatz 2). Grundlage bilden die Empfehlungen nach Absatz 4.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass in jedem Beratungsfall ausreichende datenschutzrechtliche Vorkehrungen getroffen werden, da hier besondere Arten personenbezogener Daten verarbeitet werden, die eines besonderen Schutzes bedürfen (vgl. § 3 Absatz 9 des Bundesdatenschutzgesetzes).

Zu Absatz 2

Die antragsberechtigte Stelle hat ihrem Antrag auf Zulassung zum Modellvorhaben ein Konzept beizufügen, in dem sie erläutert, in welcher Weise sie die Beratungsaufgaben wahrnehmen und die Zusammenarbeit mit bestehenden Beratungsangeboten organisieren will. Insbesondere hat sie in dem Antrag darzulegen, welche eigenen sächlichen, personellen und finanziellen Mittel sie in das Modellvorhaben einbringt. Hier wird ein Spielraum für die Gestaltung der Leistungserbringung und die Zusammenarbeit mit weiteren Beratungsangeboten geschaffen, den antragsberechtigten Stellen für besondere Gegebenheiten vor Ort nutzen können, je nachdem, ob es z. B. Pflegestützpunkte oder unabhängige Beratungsstellen im Einzugsgebiet gibt oder nicht, oder wie z. B. die Beratung zur Altenhilfe oder Hilfe zur Pflege organisiert wird.

Gleichzeitig soll eine Zusammenarbeit mit den Beratungsangeboten der privaten Pflege-Pflichtversicherung angestrebt werden, um auch hier Synergien herbeizuführen. Die anzustrebende Zusammenarbeit mit der privaten Pflege-Pflichtversicherung kann über den Verband der privaten Krankenversicherung erfolgen. Da die private Pflege-Pflichtversicherung nicht zur Zusammenarbeit verpflichtet ist, ist im Konzept lediglich nachzuweisen, welche Form der Zusammenarbeit der Antragsteller vorgesehen hatte, wie dies kommuniziert wurde und ob die private Pflege-Pflichtversicherung sich an dem jeweiligen Modellvorhaben zu beteiligen beabsichtigt.

Satz 3 bestimmt, dass bis zum 31. Dezember 2018 bestimmte Bedingungen für die Modellvorhaben durch landesrechtliche Bestimmungen konkretisiert werden müssen. Dies umfasst die Anforderungen an die Beratungsstellen, die die Beratung von den Pflegekassen übernehmen wollen, sowie Form und Inhalt der Anträge nach Absatz 1. Auch ist zu konkretisieren, welche konkreten Tatbestände zum Widerruf einer Genehmigung führen (vgl. § 124 Absatz 2).

Zu Absatz 3

Die Zahl der Modellvorhaben wird beschränkt. Die Verteilung der höchstens 60 Modellvorhaben auf die Länder richtet sich nach dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2017. Länder, die ihre Möglichkeiten zur Realisierung von Modellvorhaben nicht nutzen, können diese Möglichkeiten auf andere Länder übertragen. Hierbei ist ein Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit herzustellen.

Modellvorhaben sollen nicht nur von solchen Kreisen und kreisfreien Städten durchgeführt werden, die bereits über Erfahrungen in der strukturierten Zusammenarbeit unterschiedlicher Beratungsstrukturen, z. B. Pflegeberatung nach dem SGB XI und Beratung im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII oder der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX, verfügen. Die Länder sollen daher sicherstellen, dass die Hälfte der Modellvorhaben von solchen Kreisen und kreisfreien Städten durchgeführt wird, in denen noch keine mehrjährigen Erfahrungen in der strukturierten Zusammenarbeit mit Beratungsstellen nach dem SGB XII z. B. im Rahmen von Pflegestützpunkten vorliegen. Damit wird zum einen der Neuaufbau von Strukturen der Zusammenarbeit in der Beratung dort gefördert, wo der Wunsch nach Verbesserung vorhanden ist. Zum anderen ermöglicht die wissen-

schaftliche Begleitung nach § 124 Absatz 3, dass Erkenntnisse über das Entstehen neuer Strukturen der Zusammenarbeit gewonnen werden können.

Zu Absatz 4

Um eine einheitliche Konkretisierung der vorgegebenen Anforderungen und Durchführungsmaßgaben zu gewährleisten, bestimmt Absatz 4, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Empfehlungen zur Durchführung der Modellvorhaben beschließt. Die Empfehlungen sollen die Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und die Durchführung der Modellvorhaben konkretisieren. Darunter fällt auch die Konkretisierung der mehrjährigen Erfahrung in der strukturierten Zusammenarbeit in der Beratung mit Beratungsstellen nach dem SGB XII. Die Kommunalen Spitzenverbände sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sind anzuhören, damit der vorhandene Sachverstand eingebracht und mögliche Wirkungen auf spezifische Gruppen besser abgeschätzt werden können. Die Empfehlungen sind den Ländern und dem BMG zur Zustimmung vorzulegen. Das BMG trifft seine Entscheidung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Zu Absatz 5

Eine antragsberechtigte Stelle nach Absatz 1, deren Antrag auf Durchführung eines Modellvorhabens genehmigt ist, schließt eine Kooperationsvereinbarung mit den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich. Darin ist auch die Zusammenarbeit von Modellvorhaben und Pflegekassen zu regeln. Auch nach Übernahme der in Absatz 1 Satz 4 genannten Aufgaben soll durch Regelungen zur Zusammenarbeit von Pflegekassen und Modellvorhaben sichergestellt werden, dass keine neuen Schnittstellen entstehen, weil beispielsweise die Pflegekassen in diesen Gebieten keine Beratung nach § 7a mehr erbringen. Auch sind alle bestehenden Beratungsangebote in die Vereinbarung einzubeziehen, um sicherzustellen, dass bestehende Strukturen nur einvernehmlich mit den Pflegekassen verändert werden. Ferner sind neben konkreten Nachweis- und Berichtspflichten auch die einzubringenden Ressourcen der beteiligten Pflegekassen – Personal, Finanzmittel, Sachmittel – zu regeln. Bei der Vereinbarung zu Haftungsfragen geht es um die Verantwortlichkeit für fehlerhafte Beratung im Innenverhältnis zwischen Pflegekasse und Modellvorhaben. Hier muss ein Ausgleich der Schäden sichergestellt sein, die der Pflegekasse im Fall einer fehlerhaften Beratung durch das Modellvorhaben entstehen.

Für eine kalkulierbare Finanzierung der von den Pflegekassen auf die Kommunen übergehenden Aufgaben sollen die Kosten im Vertrag prospektiv pauschaliert werden und für die Pflegekassen wettbewerbsneutral als Leistungsausgaben gebucht werden. Alternativ können auch entsprechende Personalgestellungen durch die Pflegekassen vereinbart werden, wenn eine Integration der Beschäftigten in die (neue) Struktur gewährleistet ist. Wichtig ist die Vorgabe, dass den Pflegekassen keine höheren Kosten entstehen dürfen, als wenn sie die Aufgaben selbst erfüllt hätten. Orientierungsgröße für die Berechnungen sind die durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen für die Pflegeberatung nach § 7a, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und die Schulungen nach § 45, die sich aus den zuletzt verfügbaren Leistungsausgaben der entsprechenden amtlichen Statistik ergeben. Da sich das Aufgabenspektrum der Pflegeberater der Pflegekassen nicht in der Beratungstätigkeit erschöpft, ist der Betrag für allgemeine Verwaltungskosten abzuziehen. Diese Ausgaben können für den Zeitraum der Durchführung des Modellvorhabens pro Kalenderjahr jeweils entsprechend der Änderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V erhöht werden. Zur Ermittlung des Ausgabenvolumens ist auf die Zahl der Pflegebedürftigen mit Wohnsitz im Gebiet des Modellvorhabens abzustellen.

Die Regelung zur Einrichtung von Schiedsstellen gemäß § 7c Absatz 7 gilt für Kooperationsvereinbarungen zwischen Modellvorhaben und Landesverbänden der Pflegekassen entsprechend. Kommt eine Kooperationsvereinbarung nicht innerhalb der in der Rechtsverordnung bestimmten Frist zustande, setzt die Schiedsstelle den Inhalt der Kooperationsvereinbarung fest, sofern sie vom jeweiligen Land eingerichtet wird. Alternativ kann auch auf den Konfliktlösungsmechanismus aus § 7c Absatz 8 zurückgegriffen werden.

Zu Absatz 6

Die Übernahme der Verantwortung für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c und für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 von Anspruchsberechtigten mit Wohnort im Einzugsbereich des Modellvorhabens sowie für die Pflegekurse nach § 45 kann so umgesetzt werden, dass die Beratung in eigenen Beratungsstellen der Kreise und kreisfreien Städte erfolgt. Ausweislich des § 37 Satz 2 des Ersten Buches Sozi-

algesetzbuch (SGB I) wird durch die Pflegeberatung nach § 7a die Beratung nach der allgemeinen Vorschrift des § 14 SGB I nicht verdrängt. Vielmehr entfaltet die Beratung nach § 14 SGB I ihre Wirksamkeit bei allen Fallgestaltungen, bei denen Versicherte keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, weil kein erkennbarer Bedarf besteht. Für Versicherte, die bereits Leistungen erhalten oder einen Antrag auf Leistungen gestellt haben, geht die speziellere Vorschrift zur Pflegeberatung nach § 7a der Beratung nach § 14 SGB I vor, da § 7a einen deutlich über § 14 SGB I hinausgehenden Beratungsanspruch bietet.

Alternativ können auch Dritte, welche die Qualifikationsanforderungen für die Erbringung der Beratung erfüllen, durch vertragliche Vereinbarungen beauftragt werden. Mögliche Vertragspartner im Bereich der Beratung nach § 7a können insbesondere Pflegekassen, unabhängige Beratungsstellen nach § 7b, die Pflegeberatung der privaten Pflegepflichtversicherung sowie Pflege- und Krankenkassen als Träger der Pflegestützpunkte sein. In dem Vertrag nach Absatz 5 sind die Einzelheiten insbesondere auch Beginn und Übergang der Pflegeberatung im Rahmen der Modellvorhaben zu regeln. Anspruchsberechtigten steht es weiterhin frei, Pflegekurse auch außerhalb des Modellvorhabens wahrzunehmen. Bedienen sich die Modellvorhaben zur Durchführung der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 oder zur Durchführung von Pflegekursen nach § 45 Dritter, so ist dies in den Verträgen mit den Landesverbänden der Pflegekassen offen zu legen. Beim Einsatz Dritter ist die Erbringung der Beratung in der eigenen Häuslichkeit allen interessierten Stellen, die diese Beratung bereits nach geltendem Recht (§ 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8) erbringen dürfen, zu ermöglichen. Damit wird sichergestellt, dass nicht einzelne Anbieter ausgeschlossen werden.

Entscheiden die Modellvorhaben, Beratungsangebote durch eigene Beratungsstellen zu erbringen, werden die bisherigen Anbieter von der Erbringung ausgeschlossen. Dies rechtfertigt sich dadurch, dass modellhaft erprobt werden soll, ob hierdurch Synergien geschaffen werden können und die Gesamtsituation für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sich verbessert. § 8 Absatz 3 Satz 3 findet Anwendung.

Zu Absatz 7

Die Modellvorhaben dienen dem Zweck, die Zusammenarbeit zwischen Pflegeberatung und weiteren Beratungsaufgaben der Kreise und kreisfreien Städte insbesondere im Rahmen der Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe und der Altenhilfe zu verbessern. Für die Übernahme der Pflegeberatungsaufgaben wird den Antragstellern ein festgelegter Betrag vorab von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt. Vor diesem Hintergrund ist sicherzustellen, dass die Aufwendungen der Antragsteller für die zu vernetzenden Beratungsaufgaben zumindest in der durchschnittlichen Höhe weitergeführt werden, in der sie vor Antragstellung bezogen auf einzelne Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zur Pflege oder Eingliederungshilfe bzw. Empfangsberechtigte für Altenhilfe aufgewendet wurden. Dies ist gegenüber der genehmigenden Stelle auf der Grundlage der Haushaltsaufstellung im Konzept nachzuweisen. In der Haushaltsaufstellung sind die Verwaltungsausgaben für die oben genannten Bereiche auszuweisen. So kann sichergestellt werden, dass ein möglicher Zusatznutzen nicht durch finanzielle Einsparungen kompensiert wird, sondern die eingesparten Ausgaben für die Zusammenarbeit und die Verbesserung der Beratung aufgewendet werden.

Zu § 124 (Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat)

Zu Absatz 1

Die Antragsfrist zur Durchführung von Modellvorhaben ist bis zum 31. Dezember 2021 befristet. Der erforderliche Vorlauf für die Einführung landesrechtlicher Regelungen und die Konzeption von Modellvorhaben wurde hierbei berücksichtigt. Die Laufzeit der Modellvorhaben ist auf fünf Jahre befristet.

Zu Absatz 2

Die Regelung sieht eine Verpflichtung zum Widerruf der Genehmigung der Modellvorhaben für den Fall vor, dass entweder die Aufgaben nach § 123 Absatz 1 Satz 4 oder die nach § 123 Absatz 5 Satz 1 vereinbarten und die nach § 123 Absatz 5 Satz 2 sowie Absatz 7 festgelegten Anforderungen nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt werden. Die zuständige oberste Landesbehörde überprüft dies zum Abschluss des jeweiligen Haushaltsjahres.

Zu Absatz 3

Die Evaluation erfolgt für alle Modellvorhaben gemeinsam. Dabei soll zum einen ausgewertet werden, ob sich durch die Modellvorhaben die Servicequalität der Beratung in der Region für die Betroffenen verbessert (vorher – nachher Vergleich). Zum anderen sieht die Evaluation einen Vergleich mit anderen Regionen vor, in denen kein Modellvorhaben durchgeführt wird. Denkbar ist der Vergleich auch mit solchen Regionen, in denen Kooperation und Vernetzung zwischen den Beratungsstellen auf andere Weise gestärkt werden. Die Finanzierung von Implementation und Evaluation erfolgt zu gleichen Teilen von der Pflegeversicherung und den teilnehmenden Ländern.

Mit dem Modellvorhaben soll geprüft werden, ob die hierdurch zu erwartenden Synergieeffekte es Pflegebedürftigen erleichtern, die für sie erforderliche Beratung zeitnah und qualitativ hochwertig zu bekommen, um ihre Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot zu erhöhen und eine passgenauere Zusammenstellung von Angeboten der Pflegekassen und der kommunalen Stellen zu ermöglichen. Geprüft werden soll auch, ob durch einen sozialräumlichen und ganzheitlichen Beratungsansatz, der die Pflegeberatung mit anderen Beratungsangeboten vernetzt, eine umfassende, den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen vor Ort entsprechende Beratung besser ermöglicht werden kann. Denkbar ist eine bessere räumliche Zusammenarbeit und eine auch andere Beratungsangebote umfassende Beratung (z. B. der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege).

Im Rahmen der Evaluation ist auch zu prüfen, welche Wirkungen die Modellvorhaben auf andere Akteure haben, die bislang Beratungsleistungen im SGB XI erbringen.

Die unabhängigen Sachverständigen, die die Evaluation verantworten, müssen bis spätestens 31. Dezember 2023 einen Zwischenbericht und bis spätestens 31. Dezember 2025 einen Abschlussbericht veröffentlichen.

Zu Absatz 4

Die Regelung verpflichtet die Länder, den Austausch der Modellvorhaben untereinander zu regeln und ihn durch festzulegende Landesstellen zu begleiten. Hierdurch soll einerseits eine Supervision der Modellvorhaben durch die Länder sichergestellt und andererseits ein Lernen von den Schwierigkeiten und Lösungen anderer Modellvorhaben ermöglicht werden.

Zu Absatz 5

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat ein, dem Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft und des BMG sowie des BMFSFJ angehören. Dieser dient dem Informationsaustausch der Beiratsmitglieder über den Stand der Modellvorhaben sowie über auftretende Fragestellungen hinsichtlich der für die Übernahme der Beratung einzuhaltenen Vorgaben.

Zu Nummer 25 (§ 141)

Zu Buchstabe a

Satz 4 des § 141 Absatz 2 erweitert den Besitzstandsschutz für Bezieher von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, denen bisher ein Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von 208 Euro nach § 45b zustand.

Die Absenkung des Betreuungs- und Entlastungsbetrages nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro wird in der Regel durch entsprechend höhere sonstige Leistungen der Pflegeversicherung, die sich durch den doppelten Stufensprung ergeben, kompensiert. Insoweit bedarf es grundsätzlich keines Besitzstandsschutzes. Ist dies ausnahmsweise nicht der Fall, sieht § 141 Absatz 2 Satz 1 und 2 bereits eine Besitzstandsregelung vor, die durch den Zuschlag dafür sorgt, dass die Versicherten keine Absenkung an Leistungen erleiden. Dieser Zuschlag stockt den neuen Betreuungs- und Entlastungsbetrag von 125 Euro auf die Höhe des bisherigen erhöhten Betreuungs- und Entlastungsbetrages von 208 Euro auf und wird ebenso wie dieser durch die entsprechende Geltung des § 45b Absatz 3 (bislang § 13 Absatz 3a) anrechnungsfrei gestellt. § 141 Absatz 2 Satz 5 erweitert diesen Besitzstandsschutz für Bezieher von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, die keinen Zuschlag erhalten.

Bei Beziehern von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII führen Erhöhungen der Leistungen nach den §§ 36 bis 43 SGB XI nämlich nicht automatisch dazu, dass sie tatsächlich höhere Leistungen zur Verfügung haben, vielmehr führen Leistungserhöhungen hier dazu, dass die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII entsprechend weniger

leisten bzw. weniger aufstocken muss, weil die subsidiäre Sozialhilfe grundsätzlich die Leistungen der Pflegeversicherung auf ihre Leistungspflicht anrechnen darf. Durch die Ergänzung soll auch in diesen Konstellationen sichergestellt werden, dass der sonst geltende Besitzstandsschutz bei Kürzung des Betreuungs- und Entlastungsbetrages nicht durch eine entsprechend erhöhte Anrechnung durch die Sozialhilfe unterlaufen wird. Daher stellt die Regelung sicher, dass ein Betrag in Höhe von bis zu 83 Euro anrechnungsfrei bleibt. Dies hat die Wirkung, dass Betreuungs- und Entlastungsleistungen im selben Umfang wie bisher anrechnungsfrei bezogen werden können. Der Besitzstandsschutz richtet sich nach der Höhe des für bislang tatsächlich bezogene Betreuungs- und Entlastungsleistungen anrechnungsfrei gestellten Betrages.

Die Leistungserhöhungen nach dem SGB XI sollen also bei Beziehen von ergänzender Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII im Ergebnis nicht in vollem Umfang der Sozialhilfe zugutekommen, sondern den Versicherten verbleiben, um eine faktische Absenkung des Leistungsniveaus zu vermeiden. Eine volle Anrechnung auf die Fürsorgeleistungen zur Pflege wäre in diesen Fällen mit den Zielsetzungen des Besitzstandsschutzes nur schwer zu vereinbaren. Der Besitzstandsschutz vermeidet also nicht nur Verschlechterungen bei dem nach dem SGB XI geregelten Leistungsvolumen, sondern verhindert auch, dass die Versicherten bei einer Gesamtbetrachtung unter Einbeziehung der Wirkungen sozialhilferechtlicher Regelungen nicht dadurch schlechter gestellt werden, dass der Betreuungs- und Entlastungsbetrag nach § 45b ohne tatsächliche Kompensation durch erhöhte andere Pflegeleistungen abgesenkt wird.

Gleiches gilt für Fürsorgeleistungen zur Pflege, die mit den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII vergleichbar sind (also Fürsorgeleistungen zur Pflege nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Flüchtlingshilfegesetz und dem BVG (Kriegsopferfürsorge) sowie nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen).

Zu Buchstabe b

Die Regelung umfasst Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit der Pflegeversicherung abgeschlossen haben und bei denen daher eine Übergangsregelung getroffen werden kann. Sie soll bei den Jahreswechsel 2016/2017 übergreifender Kurzzeitpflege einen Bestandsschutz bzgl. des zu zahlenden Eigenanteils gewährleisten. Außerdem soll eine unmittelbar an eine am 31. Dezember 2016 in Anspruch genommene Kurzzeitpflege anschließende vollstationäre Dauerpflege bzgl. des Bestandsschutzes im Hinblick auf den Eigenanteil so behandelt werden, als wenn diese bereits im Dezember 2016 bestanden hätte.

Zu Buchstabe c

Wechseln Pflegebedürftige ab dem 1. Januar 2017 das Pflegeheim, besteht auf Basis der bisher vorgesehenen Regelungen im neuen Heim kein Bestandsschutz. Um dies zu verhindern, soll sich der Bestandsschutz nach Absatz 3 Satz 1 auf den Eigenanteil beziehen, den die Pflegebedürftigen in der neuen Einrichtung zu zahlen gehabt hätten, wenn sie schon im Dezember 2016 in dieser versorgt worden wären. Um die verwaltungstechnische Umsetzbarkeit der Regelung zu gewährleisten, wird sie auf fünf Jahre begrenzt.

Zu Nummer 26 (§ 144)

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) sind die Leistungen nach § 45b zum 1. Januar 2015 in verschiedener Hinsicht verbessert worden. Zum einen wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten gemäß dem neuen § 45b Absatz 1a auch auf Pflegebedürftige ausgedehnt, die nicht erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind. Zum anderen wurde das Leistungsspektrum um Entlastungsleistungen erweitert und insbesondere die Möglichkeit eröffnet, auch niedrigschwellige Entlastungsangebote nach Landesrecht anzuerkennen, so dass die Mittel nach § 45b auch für Leistungen dieser Angebote eingesetzt werden können. Im Nachgang zum Inkrafttreten dieser Neuregelungen sind jedoch verschiedene Auslegungsprobleme aufgetreten, die eine Nutzung des Anspruchs für die Versicherten, die ab dem 1. Januar 2015 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a erfüllt haben, erschwert haben. Zugleich können niedrigschwellige Entlastungsangebote nach dem zum Teil in den Ländern noch geltenden Recht noch keine Anerkennung nach dem jeweiligen Landesrecht erhalten. Daher sind für die Anspruchsberechtigten niedrigschwellige Entlastungsleistungen faktisch noch nicht überall verfügbar. Aus diesen Gründen wird mit der vorliegenden Regelung die Übertragbarkeit von Ansprüchen nach § 45b in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung einmalig verlängert. Das heißt: Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 dem Grunde nach die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a erfüllt haben, sie den Anspruch aber nicht oder

nicht vollständig für den Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der in diesem Zeitraum geltenden Fassung genutzt haben, erhalten sie die Möglichkeit, diese Leistungsbeträge noch bis zum 31. Dezember 2017 abzurufen. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung und Praktikabilität soll dabei nicht danach unterschieden werden, aus welchem Grund jeweils eine (vollständige) Ausnutzung der Leistungsbeträge nicht erfolgt ist. Die im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 von den Anspruchsberechtigten nicht abgerufenen Mittel gelten vielmehr pauschal als nicht verfallene, sondern „angesparte“ Mittel, die bis Ende 2017 noch zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung eingesetzt werden können. Dies gilt, sofern und solange die betroffenen Versicherten ab dem 1. Januar 2017 jeweils auch die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung dem Grunde nach erfüllen, also weiterhin als pflegebedürftig eingestuft sind und sich in häuslicher Pflege befinden.

Satz 2 bestimmt darüber hinaus, dass die im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 von den Anspruchsberechtigten nicht abgerufenen Mittel ebenfalls eingesetzt werden können, um für in diesem Zeitraum bezogene Leistungen im Sinne des § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung noch nachträglich eine Kostenerstattung zu beantragen und zu erhalten. Die nachträglichen Kostenerstattungsanträge für in diesem Zeitraum bezogene Betreuungs- und Entlastungsleistungen müssen spätestens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2017 gestellt werden und entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der jeweils bezogenen Leistungen beinhalten.

Die Leistungsansprüche, die den Anspruchsberechtigten ab dem 1. Januar 2017 in regulärer Anwendung des § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zustehen, bleiben unberührt.

Zu Nummer 27 (Kapitel 14, 15 und 16)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Kapitel.

Zu Nummer 28

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufnahme der Besitzstandsschutzregelung des neuen § 145 in den Zweiten Abschnitt des Sechzehnten Kapitels.

Zu Nummer 29 (§ 145)

Im Hinblick auf die Neuregelungen in § 43a und § 71 Absatz 4, die zum 1. Januar 2020 notwendig werden, weil zu diesem Zeitpunkt die Neuregelungen zur Eingliederungshilfe durch das Bundesteilhabegesetz in Teil 2 des SGB IX in Kraft treten, wird eine Besitzstandsschutzregelung eingeführt. Sie betrifft Menschen mit Behinderungen, die im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sind und die am Stichtag des 1. Januar 2017 dem § 43a SGB XI in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung nicht unterfallen, sondern Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege nach §§ 36 ff. SGB XI haben. Auf sie wird § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung nicht angewendet, sondern sie behalten insofern Anspruch auf die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege. Dies gilt weiterhin, wenn sie nach dem 1. Januar 2017 in eine andere Wohnform wechseln, die ebenfalls nicht dem § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung unterfallen wäre (beispielsweise von einer ambulant betreuten Wohngruppe im Sinne des § 38a in einen Einzelhaushalt, in dem sie gepflegt werden, oder von einer ambulanten Wohngruppe zu einer anderen). Wechseln die pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 in eine Wohnform, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie zu diesem Zeitpunkt in einer solchen Wohnform gelebt hätten, dann gilt für die Dauer ihres Aufenthalts in dieser Wohnform der Besitzstandsschutz nach Satz 1 nicht. Das bedeutet insbesondere: Solange sich die Pflegebedürftigen in einer Wohnform aufhalten, auf die am 1. Januar 2017 § 43a in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, findet auch § 43a in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung auf sie Anwendung. Verlassen sie eine solche Wohnform wieder, lebt der Besitzstandsschutz nach Satz 1 wieder auf.

Zu Artikel 2 (Änderung SGB XII)

Zu Nummer 1 (Inhaltsverzeichnis)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Neufassung des Siebten Kapitels.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Es handelt sich zum einen um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen des bisherigen § 92c SGB XI (Pflegestützpunkte) in den neuen § 7c SGB XI.

Zum anderen hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Rahmen ihrer Beratungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege eine „bessere Verzahnung der kommunalen Beratung im Rahmen der Daseinsvorsorge und im Rahmen der Rolle der Kommunen als Sozialleistungsträger mit den Beratungsangeboten und –aufgaben der Pflegekassen“ angemahnt. Die Bundesregierung wiederum hat in der Weiterentwicklung ihrer Demografiestrategie betont, dass erfolgreiche Pflegeangebote vor allem dort geschaffen werden, wo das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure gut funktioniert.

Die Regelung konkretisiert daher die im SGB XII grundsätzlich bereits normierte Zusammenarbeit für die Träger der Sozialhilfe dahingehend, dass im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Beteiligten der Pflegestützpunkte die Rahmenverträge nach § 7a Absatz 7 des SGB XI zu berücksichtigen sind sowie die gemeinsamen Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung nach § 8a des SGB XI berücksichtigt werden sollen.

Gegenstand der Gemeinsamen Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung nach § 8a SGB XI sind auch Fragen der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege, der Strukturen vor Ort und der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit (vgl. die Begründung zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 8a)). Diese Empfehlungen können somit auch die Belange der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege oder der Eingliederungshilfe berühren und sind daher von den Trägern dieser Leistungen zu beachten.

Zu Nummer 3 (§ 39)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des Siebten Kapitels.

Zu Nummer 4 (§ 50)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des Siebten Kapitels. Die bisher in § 65 geregelten Leistungen der Verhinderungspflege sind in § 64c geregelt. Im Übrigen wird die Erstattung von Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung in § 64f Absatz 1 sowie die Beratung der Pflegeperson in § 64f Absatz 2 geregelt.

Zu Nummer 5 (Siebtes Kapitel)

Die bisherigen Leistungen der Hilfe zur Pflege bleiben erhalten, allerdings korrespondieren die künftigen Leistungsinhalte mit dem erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Dementsprechend wird die Hilfe zur Pflege unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch besondere Betreuungsleistungen erbringen, die bisher nur für versicherte Pflegebedürftige nach den Vorschriften der §§ 45b und 87b SGB XI erbracht werden.

Im Sinne der Betroffenen und der Rechtsanwender wird das Siebte Kapitel zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit vollständig überarbeitet. Zur Anpassung an die Systematik des Dritten und Vierten Kapitels des SGB XII wird der Personenkreis der Leistungsberechtigten in einer eigenen Vorschrift am Anfang des Kapitels geregelt. Es folgt die zentrale Vorschrift des § 61a, mit der der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in das SGB XII eingeführt wird.

Zu § 61 (Leistungsberechtigte)

Die Vorschrift regelt in Anlehnung an den Regelungsbereich des bisherigen § 61 Absatz 1 Satz 1 die grundsätzlichen Voraussetzungen für eine Leistungsberechtigung im Rahmen der Hilfe zur Pflege.

Leistungsberechtigt nach den Vorschriften der Hilfe zur Pflege sind demnach Pflegebedürftige, die finanziell bedürftig sind und nicht in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind. Darüber hinaus kommen Leistungen der Hilfe zur Pflege in den Fällen in Betracht, in denen die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich nicht für mindestens sechs Monate besteht und aus diesem Grunde keine Leistungen nach dem SGB XI gewährt werden.

Schließlich kann eine Leistungsberechtigung in Fällen gegeben sein, in denen der pflegerische Bedarf durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nicht sichergestellt ist. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erfolgt keine Vollabsicherung des Pflegerisikos durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Die Höhe

der Versicherungsleistungen nach dem SGB XI ist auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt (Teilleistungssystem). Bei den Pflegebedürftigen kann daher auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflegeleistungen bestehen, der bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege gedeckt werden muss. Darüber hinaus werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht übernommen, das heißt im Falle der finanziellen Bedürftigkeit werden auch diesbezüglich die Kosten von den Trägern der Sozialhilfe bei häuslicher Pflege nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des SGB XII und bei stationärer Pflege zu tragen sein, während die Leistungen zur Pflege in stationären Einrichtungen eine umfassende Versorgung beinhalten, gegliedert nach den Fachleistungen und den existenzsichernden Leistungen zum Lebensunterhalt (Unterkunft und Verpflegung).

Die begrenzten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden somit auch in Zukunft das ergänzende System der Hilfe zur Pflege erfordern, damit der pflegerische Bedarf von Pflegebedürftigen im Fall der finanziellen Bedürftigkeit umfassend sichergestellt ist.

Gegenüber dem geltenden Recht unverändert setzen die Leistungen der Hilfe zur Pflege neben einer Pflegebedürftigkeit aufgrund des allgemeinen Nachranggrundsatzes des § 2 für Leistungen der Sozialhilfe auch bei Pflegebedürftigen eine finanzielle Bedürftigkeit voraus.

Zu § 61a (Begriff der Pflegebedürftigkeit)

Zu Absatz 1

Ausgangslage

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode ist die bessere Anerkennung der Pflegebedürftigkeit vorgesehen. Dazu soll basierend auf den Empfehlungen des Expertenbeirats der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff so schnell wie möglich eingeführt werden. Zur Umsetzung der ersten Stufe der Pflegereform ist am 1. Januar 2015 das PSG I in Kraft getreten, mit dem u. a. die bestehenden Betreuungsleistungen weiter ausgebaut und auf alle Pflegebedürftigen ausgeweitet wurden.

Mit dem PSG II wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit Wirkung vom 1. Januar 2017 in die soziale Pflegeversicherung eingeführt.

Inhalt des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Mit Absatz 1 wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zum 1. Januar 2017 auch in die Hilfe zur Pflege eingeführt.

Pflegebedürftig sind künftig Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Gegenüber dem geltenden Recht bedeutet dies eine deutliche Erweiterung, als nicht mehr vorrangig nur Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen als pflegebedürftig im Sinne der Hilfe zur Pflege eingestuft werden, sondern auch Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen, soweit dies Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten verursacht. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kommt insbesondere Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zugute. Für diesen Personenkreis werden in der Hilfe zur Pflege bisher keine besonderen zusätzlichen Leistungen entsprechend den §§ 45b und 87b SGB XI durch die Träger der Sozialhilfe gewährt, da die den Leistungen zugrunde liegenden Beeinträchtigungen nicht vom derzeit noch geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst werden und daher auch nicht Leistungen der Hilfe zur Pflege begründen können. Diese Leistungen werden daher derzeit als zusätzliche Leistungen nur durch die Pflegekassen an ihre Versicherten erbracht.

Absatz 1 ist mit Ausnahme der zeitlichen Untergrenze des SGB XI inhaltsgleich mit der entsprechenden Vorschrift für die gesetzliche Pflegeversicherung in § 14 Absatz 1 SGB XI. Gegenüber dem geltenden Recht werden damit die Voraussetzungen weiter aneinander angeglichen. Der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XII ist insoweit umfassender als der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI, als auch Leistungen in den Fällen erbracht werden können, in denen voraussichtlich für weniger als sechs Monate die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit vorliegen. Darüber hinaus erhalten nach dem geltenden Recht auch die Personen Hilfe zur Pflege, die einen geringeren Hilfebedarf haben, als ihn die Pflegeversicherung voraussetzt, oder die der Hilfe für andere als die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen bedürfen.

Im Zuge der Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade werden die Leistungssysteme von SGB XII und SGB XI angeglichen, als pflegebedürftig im Sinne der Hilfe zur Pflege nur solche Personen sind, die in einen Pflegegrad eingestuft werden. Personen, die im Begutachtungsverfahren weniger als 12,5 Gesamtpunkte erhalten und daher keinen Pflegegrad erreichen, werden künftig keine Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten. Damit ist gegenüber dem geltenden Recht jedoch keine Verschlechterung verbunden, da trotz des weiter reichenden Charakters des geltenden § 61 SGB XI die dort enthaltenen Bestimmungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff abgedeckt werden. Bereits der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist in seinem Umsetzungsbericht davon ausgegangen, dass Personen, deren ermittelter Gesamtpunktwert unter dem Schwellenwert von 15 Punkten liegt, lediglich geringfügige Selbständigkeitseinbußen aufweisen (vgl. Umsetzungsbericht, Seite 19), die aus pflegewissenschaftlicher Sicht keine Leistungen rechtfertigen. Die Schwelle zum Pflegegrad sei so festgelegt worden, dass Personen, die fachlich als pflegebedürftig gelten, aber nur verhältnismäßig geringe Beeinträchtigungen aufweisen, einbezogen werden können. Im vorliegenden Gesetzentwurf wird die Schwelle für den Pflegegrad 1 zugunsten der Betroffenen in Übereinstimmung mit dem SGB XI auf 12,5 Gesamtpunkte festgelegt. Ein pflegerischer Bedarf, der Leistungen der Hilfe zur Pflege auch unterhalb dieses Gesamtpunktwertes erfordert, kann daher pflegewissenschaftlich nicht begründet werden. Andere Leistungen der Sozialhilfe, wie etwa die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, blieben möglich.

Im Unterschied zum Pflegebedürftigkeitsbegriff nach dem SGB XI, demzufolge Pflegebedürftigkeit auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorliegen muss, setzt die Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XII auch künftig keine zeitliche Untergrenze voraus.

Zu Absatz 2

Absatz 2 listet abschließend diejenigen sechs Bereiche auf, deren Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeitsstörungen für die Prüfung einer Pflegebedürftigkeit maßgeblich sind. Die Inhalte aller sechs Bereiche werden wiederum durch eine abschließende Auflistung der Kriterien, die zur Begutachtung des Bereichs erforderlich sind, konkretisiert. Die Kriterien der Bereiche wurden im Rahmen der Arbeiten zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff von der Pflegewissenschaft erarbeitet und erprobt. Sie entsprechen dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft.

Zu Absatz 2, Nummer 1

Der Bereich „Mobilität“ umfasst die Fähigkeit zur Fortbewegung sowie zur Lageveränderung des Körpers. Im Hinblick darauf, dass die Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Fortbewegung sich in fast allen Lebensbereichen auswirkt und häufig maßgeblich für den Verlust von Selbständigkeit bei der Durchführung von anderen Aktivitäten ist, wird der Bereich daher eigenständig bewertet.

Mit den in den Buchstaben a bis e genannten Kriterien werden zentrale Aspekte der Mobilität im innerhäuslichen Bereich erfasst, denen für die Beurteilung der Selbständigkeit eine besondere Bedeutung zukommt.

Zu Absatz 2, Nummer 2

Der Bereich „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ umfasst einen zweiten, für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit zentralen Bereich individueller Fähigkeiten. Eine Beeinträchtigung dieser grundlegenden Funktionen hat grundsätzlich weitreichende Einschränkungen der Selbständigkeit zur Folge. Einbußen der kognitiven Fähigkeiten können einen umfangreichen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen, der die Begleitung in der gesamten Lebensführung umfasst (Abschlussbericht des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe zur Hauptphase 1 - Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumentes - vom 29. Februar 2008, Seite 37)

Mit den Kriterien werden nahezu alle wesentlichen Dimensionen der kognitiven Fähigkeiten, die auch in einschlägigen psychometrischen Testverfahren berücksichtigt werden, erfasst (vgl. Abschlussbericht zur Hauptphase 1, Seite 39)

Zu Absatz 2, Nummer 3

Im Hinblick auf die zunehmende Zahl von Menschen mit Demenz ist der Bereich „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ von besonderer Bedeutung für die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit. Die Kriterien werden vorrangig mit Hilfe von einschlägigen, spezifischen Assessmentinstrumente definiert (vgl. Abschlussbe-

richt zur Hauptphase 1, Seite 43). Die Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen können einen Unterstützungsbedarf u. a. in Form von Beobachtung, Motivierung, emotionaler Entlastung, Orientierungshilfen, Beschäftigung und Ansprache zur Folge haben.

Zu Absatz 2, Nummer 4

Der Bereich der „Selbstversorgung“ umfasst mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sämtliche Verrichtungsbereiche, anhand derer nach dem derzeit noch geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff die Pflegebedürftigkeit eingeschätzt wird. Die in Nummer 4 aufgeführten Kriterien lassen Rückschlüsse auf Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit auch bei anderen Aktivitäten zu (vgl. Abschlussbericht zur Hauptphase 1, Seite 49).

Zu Absatz 2, Nummer 5

Der Bereich „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderung und Belastungen“ beinhaltet verschiedenste krankheitsbezogene Aktivitäten und Maßnahmen. Im Unterschied zu den übrigen Bereichen können die Kriterien niemals alle gleichzeitig zutreffen. Wie dem Abschlussbericht zur Hauptphase 1 entnommen werden kann, steht das Kriterium der Medikation deutlich im Vordergrund, während die meisten übrigen Kriterien nur selten einschlägig sind (Seite 58).

Zu Absatz 2, Nummer 6

Der Bereich „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ umfasst Kriterien, die mit Ausnahme des Kriteriums „Ruhens und Schlafen“ (Buchstabe b) bisher bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt worden sind.

Die einzelnen Kriterien sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Rahmen der neu zu erarbeitenden Begutachtungs-Richtlinien zu konkretisieren. Dabei sind neben den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen (§ 17 Absatz 1 SGB XI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung).

Zu § 61b (Pflegegrade)

Zu Absatz 1

Die bisherige Einteilung nach Pflegestufen wird durch eine Einstufung nach Pflegegraden ersetzt. Ursprüngliche Überlegungen im Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, eine Einteilung nach „Bedarfsgraden“ einzuführen, wurden nicht weiterverfolgt, um deutlich zu machen, dass die Stufen des NBA den Grad der Selbständigkeit, nicht aber den konkreten Bedarf innerhalb der Stufen abbilden (Expertenbeirat, Seite 28).

Die Schwelle zum Pflegegrad 1 wird so festgelegt, dass Personen, die fachlich als pflegebedürftig gelten, aber nur verhältnismäßig geringe Beeinträchtigungen aufweisen, einbezogen werden (vgl. Umsetzungsbericht, S. 18). Ursprünglich lag der Schwellenwert bei 10 Punkten. Im Rahmen einer Überprüfung der Bewertungssystematik hielten es die Gutachter für angeraten, eine übermäßige Sensitivität des NBA der Schwelle von „nicht pflegebedürftig“ und „gering pflegebedürftig“ eine Anhebung auf 15 Punkte vorzunehmen, um zu vermeiden, dass Versicherte mit geringfügigen Selbständigkeitseinbußen als „pflegebedürftig“ eingestuft werden (vgl. Umsetzungsbericht, Seite 19). Wie der Beirat weiter feststellte, hätte eine weitere Anhebung des Schwellenwerts auf 20 Punkte den Ausschluss solcher Personengruppe zur Folge, die nach pflegfachlichen Kriterien unbedingt als pflegebedürftig zu bezeichnen sind. Dies sind beispielsweise Personen, die in drei oder mehr der insgesamt sechs Module des NBA Beeinträchtigungen aufweisen (vgl. Umsetzungsbericht, Seite 20).

Die Einteilung nach Pflegegraden in der Hilfe zur Pflege entspricht der des SGB XI (§ 15 Absatz 3 Satz 3). Dies gilt auch, soweit der Schwellenwert für den Pflegegrad 1 gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats 2013 auf 12,5 Gesamtpunkte herabgesetzt wird. Die Herabsetzung des Schwellenwerts für den Pflegegrad 1 im Sinne des SGB XI wurde u.a. damit begründet, dass sich aufgrund der beiden Erprobungsstudien vom April 2015 eine etwas ungünstigere Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade ergeben habe als im Rah-

men der ersten Erprobung in den Jahren 2008 und 2009. Zur Wahrung der weitgehenden Identität zwischen SGB XI und SGB XII wird diese Herabsetzung auch im SGB XII nachvollzogen.

Der Schwellenwert zum Pflegegrad 2 wird so gelegt, dass die Anzahl der nach dem SGB XI leistungsberechtigten Personen, die diesen Schwellenwert erreicht bzw. darüber liegt, in der Größenordnung der Anzahl der heute Leistungsberechtigten entspricht (vgl. Umsetzungsbericht, Seite 18).

Der Schwellenwert zum Pflegegrad 3 wird unter Berücksichtigung der Schwellenwerte für die Pflegegrade 2 und 4 so gelegt, dass insgesamt eine pflegefachlich vertretbare Zuordnung entsteht.

Der Schwellenwert zum Pflegegrad 4 ist so definiert, dass ihn nur Personen mit schweren Beeinträchtigungen erreichen; dies wird vor allem auf Pflegebedürftige mit schweren kognitiven/psychischen Beeinträchtigungen zutreffen.

In Pflegegrad 5 werden diejenigen Pflegebedürftigen eingestuft, deren Selbständigkeit auf das Schwerste beeinträchtigt ist. Eine schwerste Beeinträchtigung liegt bei Pflegebedürftigen vor, denen anlässlich der Begutachtung Gesamtpunkte von mindestens 90 bescheinigt worden sind.

Darüber hinaus werden auch solche Pflegebedürftige unabhängig von den ermittelten Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5 eingestuft, soweit ein besonders hoher Hilfebedarf besteht, der mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung verbunden ist (vgl. Absatz 2).

Zu Absatz 2

Abweichend von Absatz 1 bestimmt Absatz 2, dass Pflegebedürftigen mit besonderen Bedarfskonstellationen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, soweit ein besonders hoher Pflegebedarf besteht, der mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung verbunden ist. Dies betrifft insbesondere Personen, deren Arme und Beine jeweils beide vollständig gebrauchsunfähig sind. Der Expertenbeirat 2013 hatte u.a. nach Einholung einer Kurzexpertise von Bartholomeyczik & Höhrmann (April 2013) mit der „Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine“ sowie mit „Ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung“ zwei besondere Bedarfskonstellationen identifiziert, die eine Einstufung in Pflegegrad 5 unabhängig vom ermittelten Gesamtpunktwert rechtfertigen könnten. Im Rahmen der Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) unter wissenschaftlicher Begleitung der Hochschule für Gesundheit Bochum vom April 2015 konnte dies nur für die Bedarfskonstellation „Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine“ bestätigt werden. Die Untersuchungen, die der Studie zugrunde lagen, rechtfertigen die Umsetzung einer besonderen Bedarfskonstellation „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“. Die Festlegung einer besonderen Bedarfskonstellation „Ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung“ sei dagegen nach Auswertung aller Daten inhaltlich nicht angemessen (vgl. Seite 57). Da für die Zukunft nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich weitere Fallgestaltungen ergeben, die die Einstufung als besondere Bedarfskonstellation rechtfertigen, wird der Tatbestand nicht abschließend formuliert. Zur Vermeidung von Missverständnissen wird er Wortlaut des § 2 dem Wortlaut des § 15 Absatz 4 Satz 1 SGB XI in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung angepasst.

Zu § 61c (Pflegegrade bei Kindern)

Zu Absatz 1

Kinder sind ihrem natürlichen Entwicklungsstand entsprechend auch dann hilfebedürftig, wenn sie nicht im pflegewissenschaftlichen Sinne pflegebedürftig sind. Zur Beurteilung des Umfangs der Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit oder Fähigkeiten ist daher ein anderer Vergleichsmaßstab als bei erwachsenen Pflegebedürftigen heranzuziehen. Entsprechend dem geltenden Recht (§ 64 Absatz 4) und der Regelung in § 15 Absatz 6 SGB XI wird daher auch zukünftig der Vergleich mit einem altersentsprechend entwickelten (gesunden) Kind maßgeblich sein.

Zu Absatz 2

Die Regelung des Absatzes 1 würde dazu führen, dass Kinder im Alter bis zu 18 Monaten aufgrund der bei allen Kindern in dieser Altersgruppe eigenen Unselbständigkeit regelmäßig keinen oder nur einen niedrigen Pflegegrad erreichen. Dies ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht jedoch nicht angemessen. Im Rahmen der Praktikabi-

litätsstudie zur Einführung des NBA vom April 2015 wurde festgestellt, dass der Pflegeaufwand von Kindern zwischen 0 und 18 Monaten vor allem im Bereich der Ernährung liegt. In Abweichung von § 61b in Absatz 2 wird daher entsprechend der Regelung in § 15 Absatz 7 SGB XI bei der Zuordnung von Pflegegraden bei Kindern im Alter bis zu 18 Monaten eine Sonderregelung getroffen. Demnach erfolgt die Zuordnung bei 12,5 bis unter 90 Gesamtpunkten grundsätzlich in einen um eine Stufe höheren Pflegegrad, als dies nach der Regel des § 61b Absatz 1 der Fall ist.

Zu § 62 (Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit)

Das Siebte Kapitel enthält bisher keine ausdrückliche Regelung, nach welchem Verfahren die Pflegebedürftigkeit zu beurteilen ist. Mit dem neuen § 62 wird nunmehr festgelegt, dass auch in Fällen, in denen ausschließlich Leistungen nach dem Siebten Kapitel des SGB XII in Betracht kommen, jedoch keine Leistungen nach dem SGB XI, das Begutachtungsinstrument nach § 15 des SGB XI zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden muss. Die Anwendung eines identischen Begutachtungsverfahrens zur Ermittlung des Grades des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist zur Sicherstellung der Anwendung einheitlicher Kriterien und Maßstäbe zwingend.

Zu § 62a (Bindungswirkung)

Nach geltendem Recht des § 62 haben die Träger der Sozialhilfe die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ihrer eigenen Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zugrunde zu legen, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind. In der Praxis war zum Teil unklar, wie der Begriff des „Ausmaß“ zu verstehen ist. Zur Klarstellung bestimmt der neue § 62a, dass die Entscheidung der Pflegekasse, in den Fällen, in denen sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind, nicht nur zugrunde zu legen, sondern bindend ist. Die Bindungswirkung betrifft nur die Einordnung in den Pflegegrad; Inhalt und Umfang der Leistungen der Träger der Sozialhilfe ergeben sich aus den Vorschriften des Siebten Kapitels.

Zugleich wird damit eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhalts durch Pflegekasse und Träger der Sozialhilfe ausgeschlossen. Die gesetzliche Bindungswirkung dient zugleich auch der Entbürokratisierung und Beschleunigung des Verfahrens, indem Doppelbegutachtungen in den weitaus überwiegenden Fällen vermieden werden können.

Satz 2 betrifft die Fälle, in denen keine Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Die Träger der Sozialhilfe haben in diesen Fällen in eigener Verantwortung den Grad der Pflegebedürftigkeit unter Einsatz des Begutachtungsinstruments nach § 62 zu ermitteln. Satz 2 stellt klar, dass sie Sachverständige hinzuziehen dürfen. Als Sachverständiger kommt hier insbesondere der MDK in Betracht, der gemäß § 18 SGB XI von den Pflegekassen mit der Prüfung beauftragt werden kann, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit bei Versicherten erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt.

Zu § 63 (Leistungen für Pflegebedürftige)

Durch den Begriff der Pflegebedürftigkeit und das NBA wird der Rahmen für Umfang, Arten und Inhalte der Leistungen der Pflegeversicherung gesetzt. Wie der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in seinem Abschlussbericht vom 27. Juni 2013 feststellt, gibt „es keine wissenschaftlich gesicherten, objektiven Kriterien zur Bewertung“ des Pflegebedarfs. „Zudem sind die Versorgungssituationen und damit die Gesamtaufwände beim gleichen Grad der Beeinträchtigung insbesondere in der ambulant-häuslichen Versorgung je nach Wohn- und familiärer Situation sehr unterschiedlich“ (vgl. Expertenbeirat, Seite 9, Ziffer 11, Seite 47). Der Umfang der Leistungen korrespondiert aber grundsätzlich mit dem Grad und damit der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Bezüglich Art und der Inhalte der Leistungen werden diejenigen Maßnahmen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung konkretisiert, die mit den im NBA beschriebenen Beeinträchtigungen übereinstimmen (Expertenbeirat 2013, Seite 30).

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege entsprechen weitgehend den Leistungsarten der Pflegeversicherung. Gegenüber dem geltenden Recht der Hilfe zur Pflege werden die Leistungen im neuen Recht der Hilfe zur Pflege merklich erweitert.

Zugleich wird aufgrund der identischen Pflegebedürftigkeitsbegriffe von SGB XI und SGB XII der Inhalt der Leistungen der Hilfe zur Pflege auf die sog. Betreuungsleistungen erstreckt. Die Träger der Sozialhilfe werden

zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowohl ambulant als auch stationär entsprechende Betreuungsleistungen bedarfsdeckend erbringen.

Die im neuen § 63 genannten Leistungen für Pflegebedürftige, die im Rahmen der Hilfe zur Pflege durch die Träger der Sozialhilfe erbracht werden, richten sich nach der Besonderheit des Einzelfalls (§ 9). Die Vorschrift überträgt im Wesentlichen inhaltsgleich den bisherigen § 61 Absatz 2. Der Leistungskatalog des § 63 ist abschließend; unberührt bleiben weitere Leistungen nach anderen Vorschriften des SGB XII. Die näheren Einzelheiten der einzelnen Leistungen der Hilfe zur Pflege werden in den neuen §§ 64a ff geregelt. § 2 bleibt unberührt.

Zu Absatz 1

Im Hinblick darauf, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des § 61a bei Personen des Pflegegrades 1 gering ausgeprägt sind, werden die Leistungen der Hilfe zur Pflege - wie auch im vorrangigen System der sozialen Pflegeversicherung - grundsätzlich für die Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 gewährt. Der Katalog des Absatz 1 enthält alle Leistungen der Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5. Als häusliche Pflege werden im Rahmen der Hilfe zur Pflege wie bisher schon das Pflegegeld, die häusliche Pflegehilfe, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und andere Leistungen erbracht. Die Verhinderungspflege wird zwar bisher nicht ausdrücklich im geltenden § 61 Absatz 2 als eigene Leistung genannt, konnte aber schon jetzt aufgrund des bisherigen § 65 Absatz 1 Satz 2 durch die Träger der Sozialhilfe erbracht werden.

Darüber hinaus kommen für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 als weitere Leistungen die teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und die stationäre Pflege in Betracht. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Entlastungsbetrag kann über den notwendigen Bedarf hinausgehen. Vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird hier eine über den notwendigen pflegerischen Bedarf hinausgehende, zusätzliche Leistung gewährt; eine Entlastung von Pflegepersonen erfolgt auch bereits durch bestehende Leistungen der Hilfe zur Pflege wie Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege. Mit der Ausgestaltung als zusätzliche Leistung soll Pflegepersonen jedoch die Möglichkeit eröffnet werden, insbesondere niedrighschwellige Angebote in Anspruch nehmen zu können.

Soweit das im Einzelfall erforderlich ist, kann bei den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe ein notwendiger Bedarf in ambulant betreuten Wohngruppen im Sinne des § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB XI berücksichtigt werden. Eine gesonderte Anspruchsgrundlage auf einen pauschalen Zuschlag für Pflegebedürftige im ambulant betreuten Wohngruppen ist daher in der Hilfe zur Pflege nicht erforderlich.

Satz 2 übernimmt inhaltsgleich die entsprechende Vorschrift des § 28 SGB XI. Mit ihr wird klargestellt, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung Bestandteil der ambulanten und stationären Pflege sind. Auch insoweit gilt das Nachrangprinzip der Sozialhilfe gegenüber gleichartigen Leistungen anderer Sozialleistungsträger.

Zu Absatz 2

Aufgrund der nur geringen Ausprägung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten erhalten Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 nur eingeschränkte Leistungen entsprechend dem Leistungskatalog des Absatzes 2. Erbracht werden Leistungen der Hilfe zur Pflege, die dazu beitragen sollen, den Verbleib in der häuslichen Umgebung auch für Pflegebedürftige sicherzustellen. Wie andere Pflegebedürftige können auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sowohl Pflegehilfsmittel als auch Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes erhalten. Darüber hinaus erhalten Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 nach Maßgabe des neuen § 66 einen Entlastungsbetrag in Höhe von maximal 125 Euro monatlich. Mit diesen Leistungen wird der notwendige pflegerische Bedarf nach den Vorschriften zur Pflege umfassend abgedeckt. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 daher keinen Anspruch auf weitere Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Unberührt bleiben Leistungen nach anderen Vorschriften des SGB XII wie z. B. die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70, die auch Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 gewährt werden können ebenso wie beispielsweise Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 übernimmt im Wesentlichen inhaltsgleich den bisherigen § 61 Absatz 2 Satz 3 und 4, mit dem Pflegebedürftigen die Teilnahme an der Leistungsform des Persönlichen Budgets eröffnet wird. Wesentliches Ziel des Persönlichen Budgets ist es, den Leistungsberechtigten zu unterstützen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Leistungsberechtigte können durch das Persönliche Budget selbst entscheiden, welche Hilfen sie in Anspruch nehmen, wann sie diese Hilfen in Anspruch nehmen sowie wie und durch wen. Im Interesse der Pflegebedürftigen wird die bisherige Ausgestaltung als Ermessensvorschrift („Kann“) dahingehend verschärft, als künftig die Leistungen auf Antrag als Teil eines Persönlichen Budgets zu erbringen sind, ohne dass dem Leistungsträger diesbezüglich ein Ermessen zukommt.

Zu § 63a (Notwendiger pflegerischer Bedarf)

Nach den Vorschriften des Siebten Kapitels hat der Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege Leistungen für Pflegebedürftige zur Deckung des notwendigen pflegerischen Bedarfs zu erbringen (Bedarfsdeckungsprinzip). Bisher wird der notwendige pflegerische Bedarf an Leistungen der Hilfe zur Pflege für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen aus dem Zeitaufwand, den eine Pflegeperson für die entsprechenden Verrichtungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt benötigt, abgeleitet. Der hierfür erforderliche Zeitaufwand wird im Rahmen des bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit festgestellt und ist Grundlage der Einstufung in eine Pflegestufe. Zusätzliche Ermittlungen des Trägers der Sozialhilfe zum Bedarf in Form eines zusätzlichen Gutachtens sind daher derzeit nur erforderlich, soweit Pflegebedürftige keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, einen höheren Bedarf haben oder Hilfe bei anderen Verrichtungen benötigen.

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments in der Pflegeversicherung wird der Grad der Selbständigkeit zum Maßstab für die Einstufung in die Pflegegrade. Dadurch können in der Pflegeversicherung körperliche, kognitive und psychische Erkrankungen erstmals gleichermaßen berücksichtigt werden. Zudem soll der Aspekt der Stärkung der Selbständigkeit stärker in den Vordergrund gerückt werden. Der erforderliche Zeitaufwand für pflegerische Maßnahmen wurde daher in den Gewichtungen der Bewertungssystematik zwar mit berücksichtigt, ist aber aufgrund der neuen fachlichen Zielsetzung nur ein Gewichtungaspekt neben anderen (z. B. der Häufigkeit oder der Schwere der Belastung). Dem entsprechend enthält der Bescheid zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit keine gesonderte und individuelle Ermittlung des notwendigen Zeitaufwands für die Pflege. Aus dem Ergebnis der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind daher keine unmittelbaren Rückschlüsse auf den notwendigen Bedarf der Pflegebedürftigen an pflegerischen Leistungen möglich. In der Hilfe zur Pflege kann die Feststellung des notwendigen Bedarfs an Leistungen der häuslichen Pflege nicht alleine durch Übernahme des Begutachtungsergebnisses der Pflegeversicherung erfolgen.

Insbesondere für die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 64b, die anders als das Pflegegeld nach § 64a und der Entlastungsbetrag nach den §§ 64i und 66 der Höhe nach nicht begrenzt sind, sondern vielmehr bedarfsdeckend zu erbringen sind, wird der Träger der Sozialhilfe daher zur Festsetzung des Umfangs der Leistungen der häuslichen Pflege den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen haben.

Zu § 63b (Leistungskonkurrenz)

Zu Absatz 1

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist vermehrt mit Abgrenzungsfragen zwischen den Leistungen der Hilfe zur Pflege und den Leistungen der Eingliederungshilfe zu rechnen. Das Verhältnis von Leistungen der Hilfe zur Pflege und Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch wird mit § 63 Absatz 1 Satz 1 und 2 neu geregelt. Ziel der Neuregelung ist, eine möglichst klare Abgrenzung zwischen den Leistungen der Hilfe zur Pflege und den Leistungen der Eingliederungshilfe zu treffen, um damit die Handhabung der Vorschrift für die Praxis zu erleichtern und ihren Inhalt für die Betroffenen besser verständlich darzustellen. Darüber hinaus werden die bislang bestehenden grundsätzlichen Leistungsverpflichtungen nach den jeweils einschlägigen Rechtsvorschriften der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe nicht verändert.

Schnittstellen zwischen den Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe werden sich künftig vor allem bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im häuslichen Umfeld ergeben. Geregelt wird daher, dass die Leistungen der Hilfe zur Pflege gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld im Sinne von § 36 SGB XI grundsätzlich vorrangig sind, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund.

Demgemäß ist zunächst danach abzugrenzen, ob eine zu erbringende Leistung dem häuslichen oder dem außerhäuslichen Umfeld zuzuordnen ist. Ist die Leistungserbringung dem häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 SGB XI zuzuordnen, gilt für diese Leistungserbringung grundsätzlich der Vorrang der Hilfe zur Pflege, wenn bei der Maßnahme nicht die Eingliederungshilfe im Vordergrund steht. Das bedeutet für das häusliche Umfeld im Sinne des § 36 SGB XI, dass die Leistungen, deren Zweck vor allem in der pflegerischen Versorgung im Sinne der Hilfe zur Pflege besteht, in die Leistungssphäre der Hilfe zur Pflege fallen und mit den hierfür zur Verfügung stehenden ambulanten Leistungsarten abgedeckt werden.

Bei Leistungen im häuslichen Umfeld, die grundsätzlich im engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der Erfüllung von Aufgaben der Eingliederungshilfe stehen, sind diese Leistungen abweichend vom Grundsatz des Vorrangs der Hilfe zur Pflege insgesamt der Eingliederungshilfe zuzuordnen. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn eine Maßnahme integraler Bestandteil von Leistungen der Eingliederungshilfe ist oder in unmittelbarem Zusammenhang damit steht, diese im Interesse der Betroffenen sachgerecht erbringen zu können. Davon ist auch auszugehen, wenn die Leistung der Eingliederungshilfe schwerpunktmäßig außerhalb des häuslichen Umfelds angesiedelt ist, aber in das häusliche Umfeld hineinreicht (wie etwa bei der Unterstützung bei einem Toilettengang, wenn der Betroffene zum Freizeitausflug von zu Hause abgeholt wird). Darüber hinaus kann auch die jeweilige fachliche Qualifikation, die benötigt wird, um die jeweilige Leistung sachgerecht erbringen zu können, ein wichtiges Zuordnungskriterium sein. Sind für die Leistungserbringung vor allem pflegefachliche Kenntnisse erforderlich, so ist diese in der Regel der Leistungssphäre der Hilfe zur Pflege zuzuordnen. Sind hingegen teilhabeorientierte Fachkenntnisse, beispielsweise pädagogische oder psychosoziale Kenntnisse erforderlich, ist die Leistungserbringung in der Regel der Sphäre der Eingliederungshilfe zuzuordnen.

Insgesamt soll damit vermieden werden, dass einheitliche Lebenszusammenhänge zerrissen werden. Folge der Regelung soll nicht sein, dass eine bisher praktizierte einheitliche Leistungserbringung durch einen hierfür qualifizierten Leistungserbringer in Zukunft in mehrere Bestandteile aufgesplittet wird, für die die Pflegebedürftigen dann unterschiedliche Leistungserbringer aus unterschiedlichen Leistungssystemen heranziehen müssten. Im Interesse der Betroffenen verbleibt es daher auch in Zukunft insoweit weiterhin bei einem Leistungsbezug „aus einer Hand“. Notwendige Bedarfe der Leistungsberechtigten werden gedeckt.

Zugleich werden - wie bisher - Leistungen, bei denen die Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund stehen, ohne dass dabei ein sachlicher Zusammenhang mit einer pflegerischen Versorgung im Sinne der Hilfe zur Pflege besteht, von der Eingliederungshilfe auch im häuslichen Umfeld weiterhin ungeschmälert erbracht.

Von einer Leistungserbringung innerhalb des häuslichen Umfelds im Sinne des § 36 SGB XI wird in jedem Fall auszugehen sein, soweit ein enger räumlicher Bezug zur Wohnung der Pflegebedürftigen bzw. dem Haushalt, in dem die Pflegebedürftigen in der Regel gepflegt werden, besteht. Von einem Bezug zum häuslichen Umfeld ist auch in den Fällen auszugehen, in denen die Unterstützung in engem sachlichem Bezug zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im Haushalt und dessen räumlichen Umfeld steht und darauf ausgerichtet ist, die körperlichen, geistigen oder seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten. Keinen solchen Bezug hingegen weisen typischerweise Leistungen auf, die zur Unterstützung beim Besuch von Kindergarten oder Schule, bei der Ausbildung, Berufstätigkeit oder sonstigen Teilhabe am Arbeitsleben, bei der Wahrnehmung von Ämtern oder der Mitarbeit in Institutionen oder in vergleichbaren Bereichen dienen.

Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe gegenüber den in Satz 1 genannten Leistungen der Hilfe zur Pflege vor, beispielsweise bei Ausflügen zu Freizeiten oder die Begleitung zu Behördengängen.

Satz 1 und 2 entsprechen inhaltsgleich der im Entwurf vorgesehenen Regelung des § 13 Absatz 3 Satz 3 und 4 SGB XI-E, mit dem das Vorrang- bzw. Nachrangverhältnis zwischen den Leistungen der Pflege nach dem Elften Buch und den Leistungen der Eingliederungshilfe geregelt wird.

Satz 3 greift den allgemeinen Nachranggrundsatz des § 2 Absatz 2 auf.

Zu Absatz 2

Zur Vermeidung der doppelten Leistung des Entlastungsbetrags nach SGB XI und SGB XII an Pflegebedürftige ist der Wortlaut anzupassen. Mit der Änderung wird sichergestellt, dass Pflegebedürftige entweder nur nach SGB XI oder nur nach SGB XII Anspruch auf den Entlastungsbetrag haben. Die Nichtanrechnung gilt nicht bei Leistungen nach den §§ 64i und 66.

Zu Absatz 3

Absatz 3 überträgt inhaltsgleich zum einen die bisherige Vorschrift des § 63 Satz 3, demzufolge in einer stationären oder teilstationären Einrichtung keine Leistungen der häuslichen Pflege erbracht haben. Zum anderen wird die Vorschrift des bisherigen § 66 Absatz 3 übernommen, der den Grundsatz des bisherigen § 63 Satz 3 insoweit einschränkt, als Pflegegeld während einer teilstationären Pflege oder einer vergleichbaren nicht nach diesem Buch durchgeführten Maßnahme zwar geleistet, aber angemessen gekürzt werden kann.

Zu Absatz 4

Absatz 4 übernimmt inhaltsgleich den bisherigen § 63 Satz 4 bis 6. Gemäß Absatz 3 Satz 1 werden während eines Aufenthalts in einer stationären oder teilstationären Einrichtung keine Leistungen der Hilfe zur Pflege durch den Träger der Sozialhilfe geleistet. Diese Regelung gilt grundsätzlich auch für Pflegebedürftige mit hohem Pflegebedarf, die im Rahmen des sogenannten „Arbeitgebermodells“ ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. Eine Ausnahme bildet der Aufenthalt in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 SGB V. Die Praxis hat hier gezeigt, dass die pflegerische Versorgung von behinderten Menschen während eines vorübergehenden Aufenthalts in den genannten Einrichtungen nicht im ausreichenden Maße sichergestellt ist. Das dort beschäftigte Pflegepersonal ist weder von der Ausbildung noch von den Kapazitäten her in der Lage, dem besonderen über die Leistungen der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V hinausgehenden pflegerischen Bedarf behinderter Menschen zu entsprechen. Besonders betroffen von dieser Situation sind Menschen, die ihre Pflege außerhalb des Krankenhauses im Sinne des § 108 SGB V durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. Bei diesen Personen kann der Wegfall der von ihnen beschäftigten besonderen Pflegekraft während eines Aufenthalts in einem Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V zu Komplikationen führen.

Mit Absatz 4 wird daher sichergestellt, dass Pflegebedürftige mit einem hohen Pflegebedarf, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, die Leistungen der Hilfe zur Pflege auch während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V erhalten. Die Ausnahmeregelung des Absatzes 4 gilt nicht für Beschäftigungsverhältnisse, die zum Zwecke der pflegerischen Versorgung während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem Krankenhaus begründet worden sind. Der Träger der Sozialhilfe, der vor dem vorübergehenden Eintritt des Pflegebedürftigen in das Krankenhaus zur Leistung verpflichtet ist, ist auch künftig zur Weiterleistung der häuslichen Pflege auch während des vorübergehenden Krankenhausaufenthalts verpflichtet. Dem Ziel, dass pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen die von ihnen beschäftigten besonderen Pflegekräfte auch im Falle eines Aufenthalts in den genannten Einrichtungen weiter beschäftigen können, dient auch die Regelung in § 34 SGB XI, die den Zeitraum der Weiterzahlung des Pflegegeldes auf die gesamte Dauer vorsieht, sowie die Vorschrift des § 11 Absatz 3 SGB V, die für den Personenkreis der Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, die Mitaufnahme von Pflegekräften bei einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 SGB V vorsieht.

Gemäß dem Nachrangprinzip der Leistungen der Hilfe zur Pflege im Verhältnis zu den Leistungen nach dem SGB XI bestimmt Satz 2, dass das nach dem SGB XI geleistete Pflegegeld auf die Leistungen der Träger der Sozialhilfe anzurechnen ist. Die zusätzlichen Leistungen der Träger der Sozialhilfe umfassen nicht die Leistungen der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V; mit Satz 3 wird klargestellt, dass diese neben den Leistungen der Sozialhilfe vom zuständigen Leistungsträger erbracht werden.

Zu Absatz 5

Absatz 5 übernimmt die bisherige Regelung des § 66 Absatz 2 Satz 2, soweit gleichzeitig als Leistungen neben dem Pflegegeld auch Leistungen der Verhinderungspflege oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechts-

vorschriften in Betracht kommen. In diesen Fällen kann das Pflegegeld nach § 64 wie bisher um zwei Drittel gekürzt werden.

Nicht übernommen wird die Regelung, soweit auf den bisherigen § 65 Absatz 1 Satz 1 verwiesen wird, da deren Anwendungsbereich infolge der Änderungen der rechtlichen Grundlagen für den Bezug von Pflegegeld ins Leere läuft (vgl. Begründung zu § 64).

Soweit der bisherige § 65 Absatz 2 Satz 2 auf den bisherigen § 65 Absatz 1 Satz 2 verweist, kommt darüber hinaus auch keine Kürzung des Pflegegeldes aufgrund der Inanspruchnahme einer Beratung der Pflegeperson in Betracht.

Zu Absatz 6

Der Absatz 6 übernimmt inhaltsgleich den bisherigen § 66 Absatz 4 Satz 2 und 3. In den Fällen des sogenannten Arbeitgebermodells, in denen Pflegebedürftige ihre Pflege durch von Ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, können sie vom Träger der Sozialhilfe nicht zur Inanspruchnahme von ambulanten Sachleistungen nach dem SGB XI verwiesen werden. Allerdings ist ein geleistetes Pflegegeld nach den Vorschriften des SGB XI anzurechnen.

Zu Absatz 7

Absatz 7 überträgt inhaltsgleich die Vorschrift des § 43 Absatz 4 SGB XI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung unmittelbar in die Vorschriften der Hilfe zur Pflege. Danach sind die Träger der Sozialhilfe auch bei einer vorübergehenden Abwesenheit von der stationären Pflegeeinrichtung zur Erbringung von Leistungen der stationären Pflege verpflichtet. Ist die Abwesenheit durch einen Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung begründet, wird der Zeitraum der Zahlungsverpflichtung für den Träger der Sozialhilfe um die Dauer dieser Aufenthalte verlängert.

Zu § 64 (Vorrang)

Die Vorrangregelung des neuen § 64 greift die bisherige Vorrangregelung des § 63 auf. Der neue § 64 präzisiert den bisher in § 63 Satz 1 enthaltenen Vorranggrundsatz insoweit, als die häusliche Pflege vorrangig durch Pflegegeld sichergestellt werden soll, mit deren Hilfe dann wiederum die häusliche Pflege durch dem Pflegebedürftigen nahestehende Personen oder als Nachbarschaftshilfe erfolgen soll.

Eine Verbindung zum regelmäßig gezahlten Pflegegeld ist nicht enthalten, da die Vorschrift aus den Anfängen des Bundessozialhilfegesetzes, als der Anspruch auf Pflegegeld noch ein stärkeres Maß an Pflegebedürftigkeit voraussetzte. Dies ist jedoch nicht mehr der Fall: Bereits das geltende Recht der Hilfe zur Pflege räumt dem Pflegebedürftigen in § 64 einen Anspruch auf Pflegegeld ohne zusätzliche Voraussetzungen ein. Eine Anpassung der Vorrangregelung ist daher geboten. Mit dieser Klarstellung ist keine Änderung des bestehenden Rechts oder Leistungsausweitung verbunden. Kann die häusliche Pflege durch Pflegepersonen im Sinne des Satz 2 nicht sichergestellt werden, kommen unverändert Pflegesachleistungen nach § 64b in Betracht.

Die neue Vorschrift des § 64 präzisiert zugleich den allgemeinen Grundsatz des § 13 Satz 2, wonach in der Sozialhilfe ambulante Leistungen Vorrang vor teilstationären und stationären Leistungen und teilstationäre Leistungen Vorrang vor stationären Leistungen haben.

Zu § 64a (Pflegegeld)

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 überträgt im Wesentlichen inhaltsgleich den bisherigen § 64 Absatz 1 bis 3 auf das neue Recht. Haben bisher Pflegebedürftige bei finanzieller Bedürftigkeit entsprechend ihrer Pflegestufe einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung, werden künftig Pflegebedürftige bei finanzieller Bedürftigkeit entsprechend ihrem Pflegegrad einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung haben. Voraussetzung für den Pflegegeldanspruch ist, dass die Pflegebedürftigen ihre erforderliche Pflege mit Hilfe des Pflegegeldes sicherstellen können. In den Fällen pflegebedürftiger Kinder ist die erforderliche Pflege bei Zahlung des Pflegegeldes durch die Sorgeberechtigten sicherzustellen. Satz 2 übernimmt inhaltsgleich den bisherigen § 64 Absatz 5 Satz 1.

Der Anspruch auf Pflegegeld entspricht ihrem Inhalt nach dem Anspruch auf Pflegegeld nach den Vorschriften des SGB XI.

Zu Absatz 2

Absatz 2 übernimmt inhaltsgleich den bisherigen § 64 Absatz 5 Satz 2 bis 4.

Zu Absatz 3

Absatz 3 übernimmt inhaltsgleich den bisherigen § 64 Absatz 5 Satz 5.

Zu § 64b (Häusliche Pflegehilfe)

Zu Absatz 1

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat unmittelbare Auswirkungen auf Inhalt und Umfang der häuslichen Pflegehilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Entsprechend dem geltenden verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind die pflegerischen Maßnahmen der häuslichen Pflegehilfe ausgerichtet; Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden bisher nur zusätzlich und auch nur für Versicherte erbracht.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erfordert eine Umsetzung auch im Leistungsrecht, d.h. auch die Leistungen der häuslichen Pflege sind entsprechend der neuen Systematik auszurichten. Die Aspekte von Pflegebedürftigkeit, die bisher nicht im Rahmen des noch geltenden Begutachtungsverfahrens erhoben wurden, sind mit pflegerischen Maßnahmen zu hinterlegen.

Dementsprechend umfasst die neue häusliche Pflegehilfe nicht nur körperbezogene Pflegemaßnahmen, sondern auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Der Inhalt entspricht insoweit der neuen häuslichen Pflegehilfe gemäß § 36 SGB XI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen greifen dabei auch die Leistungen der Übergangsregelung des bisherigen § 124 SGB XI zur häuslichen Betreuung auf, die bisher ebenfalls nur den Versicherten zugutekommen und nicht im Rahmen der Hilfe zur Pflege geleistet werden. Im Hinblick auf die den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen enthaltenen Teilhabe-Elemente ergeben sich Schnittstellen insbesondere zu den Leistungen der Eingliederungshilfe. Zur Klärung dieser Schnittstellen wird der Begriff der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen entsprechend der Regelung in § 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI auch in Absatz 2 näher definiert.

Häusliche Pflegehilfe kann auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Unterstützungsangebote im Sinne des § 45a SGB XI umfassen. Der gesonderte Anspruch auf den Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 nach § 64i bleibt davon unberührt. Diese Leistungen wurden bisher nicht erbracht, da die den Leistungen zugrunde liegenden Beeinträchtigungen nicht vom bisher geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst wurden und daher auch keine Leistungen der Hilfe zur Pflege begründen konnten.

Die leistungsrechtliche Sonderbehandlung des versicherten Personenkreises war ausschließlich dadurch gerechtfertigt, dass der Hilfebedarf der Betroffenen vom bisherigen System nicht oder zumindest nur unzulänglich erfasst wird. Die gleichmäßige Berücksichtigung aller Einschränkungen auf somatischem und geistig/seelischem Gebiet soll aber gerade bewirken, dass der Bedarf von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch zu einer gleichberechtigten Teilnahme am Leistungsgeschehen führt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst dagegen nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten.

Unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen und Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen sowohl bei der Einstufung in die Pflegegrade als auch beim Zugang zu Leistungen gleich behandelt, ergibt sich daher die unmittelbare Folge, die entsprechenden pflegerischen Bedarf auch der Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen mit den notwendigen pflegerischen Leistungen zu hinterlegen.

Zur häuslichen Pflegehilfe zählen, soweit das erforderlich ist, beispielsweise auch Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zur Deckung des notwendigen Bedarfs in ambulant betreuten Wohngruppen hinsichtlich Tätigkeiten oder Unterstützungsleistungen im Sinne des § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB XI. Bestandteil der häuslichen Pflege ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden auch Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, die Hilfen bei der Anleitung,

Motivation und Schulung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen erfordern, erfasst. Im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe sind Pflegekräfte in aller Regel nur zu bestimmten Tages- oder Nachtzeiten beim Pflegebedürftigen. Situationen beim Pflegebedürftigen, die ein Handeln der Pflegepersonen erfordern, treten aber häufig auch außerhalb der Anwesenheitszeiten der Pflegekräfte auf. Vor diesem Hintergrund wird im Gleichklang mit der entsprechenden Vorschrift des neuen § 36 Absatz 2 Satz 2 SGB XI klargestellt, dass auch die fachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und in die Pflege eingebundene Pflegepersonen einschließlich einer vorhergehenden Problem- und Bedarfs einschätzung Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist. Mit der pflegefachlichen Anleitung der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen sollen diese darin unterstützt werden, auch während Zeiten der Abwesenheit pflegerelevante Situationen gut bewältigen zu können. Diese Art der pflegefachlichen Anleitung findet laufend und situationsbezogen im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe statt. Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe entspricht insoweit dem Anspruch auf häusliche Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 und 2 SGB XI.

Mit Satz 3 wird klargestellt, dass mehrere Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe auch gemeinsam in Anspruch nehmen können (sogenannten „Poolen“). Die Vorschrift entspricht insoweit § 36 Absatz 4 Satz 4 SGB XI in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung.

Zu Absatz 2

Zur Klärung der Schnittstellen insbesondere zu den Leistungen der Eingliederungshilfe wird der Begriff der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen näher definiert. Diese Maßnahmen umfassen gemäß Satz 2 Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld. Hierzu werden in den Nummern 1 bis 3 nicht abschließend dem Grunde nach die wesentlichen Inhalte dieser Unterstützungsleistungen hervorgehoben.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden in Bezug auf das häusliche Umfeld erbracht. Sie weisen damit einen unmittelbaren Bezug zur Gestaltung des alltäglichen Lebens im Zusammenhang mit einem Haushalt und seiner häuslichen Umgebung auf. Die Maßnahmen erfolgen dementsprechend zur Unterstützung bei der Gestaltung des alltäglichen Lebens in Bezug zum Haushalt und bei Aktivitäten mit engem räumlichem Bezug hierzu. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen können dabei nicht nur in Bezug auf das häusliche Umfeld des Pflegebedürftigen selbst erbracht werden, sondern beispielsweise auch im häuslichen Umfeld seiner Familie oder anderer nahestehender Menschen oder bei der gemeinsamen Inanspruchnahme häuslicher Pflegehilfe z. B. im häuslichen Umfeld eines der Beteiligten oder seiner Familie.

Die Leistungen dienen auch der alltäglichen Freizeitgestaltung mit Bezug zur Gestaltung des häuslichen Alltags. Die Maßnahmen beziehen sich hingegen insbesondere nicht auf die Unterstützung des Besuchs von Kindergarten oder Schule, der Ausbildung, der Berufstätigkeit oder sonstigen Teilhabe am Arbeitsleben, der Ausübung von Ämtern oder der Mitarbeit in Institutionen oder in vergleichbaren Bereichen.

Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen können weitgehend nicht nur von Pflegekräften, sondern auch von Pflegepersonen aus dem häuslichen Umfeld oder sonstigen nahestehenden Personen erbracht werden.

Zu § 64c (Verhinderungspflege)

Mit dem neuen § 64c wird die Verhinderungspflege erstmals ausdrücklich in den Leistungskatalog der Hilfe zur Pflege aufgenommen. Mit der Verhinderungspflege wird der Tatsache Rechnung getragen, dass eine andauernde Pflege für die Pflegeperson mit erheblichen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden sein kann. Steht die Pflegeperson vorübergehend aus wichtigen Gründen nicht zur Verfügung, soll verhindert werden, dass Pflegebedürftige in eine stationäre Pflegeeinrichtung wechseln muss.

Gegenüber dem geltenden Recht ist keine Leistungsausweitung verbunden, kann die Verhinderungspflege schon nach geltendem Recht als sogenannte andere Leistung im Sinne des geltenden § 65 Absatz 1 Satz 2 geleistet werden, soweit neben oder anstelle der häuslichen Pflege eine zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten ist. Auch künftig ist es für die Übernahme der Kosten für eine Ersatzpflege zur Entlastung der Pflegeperson erforderlich, dass die nahestehende Pflegeperson an der häuslichen Pflege gehindert ist. Die Vorschrift nennt als wichtige Gründe, die eine Kostenübernahme rechtfertigen, einen Erholungsurlaub oder Krankheit der Pflegeperson. Der Katalog ist jedoch nicht abschließend; auch sonstige Gründe können darüber hinaus eine Verhinderungspflege rechtfertigen und den Träger der Sozialhilfe zur Kostenübernahme verpflichten. Der Anspruch auf Verhinderungspflege setzt nicht voraus, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person eine bestimmte Min-

destzeit vor dem Eintritt des Verhinderungsfalles gepflegt hat. Auch in Fällen, in denen eine Pflegeperson bereits kurze Zeit nach Beginn der Pflege beispielsweise erkrankt, soll durch das Instrument der Verhinderungspflege ein Wechsel in eine stationäre Pflegeeinrichtung verhindert werden können.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege entspricht dem Inhalt nach dem Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 SGB XI.

Zu § 64d (Pflegehilfsmittel)

Die Vorschrift regelt die Versorgung Pflegebedürftiger mit Pflegehilfsmitteln. Auch bezüglich der Hilfsmittelversorgung gilt das Nachrangprinzip der Sozialhilfe. Die Träger der Sozialhilfe sind nur in den Fällen zuständig, in denen die Leistung nicht bereits von den Krankenkassen (als Leistung bei Krankheit) oder anderen Leistungsträgern zu gewähren ist. Soweit eine Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe gegeben ist, prüfen diese die Notwendigkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln.

Anspruchsvoraussetzung ist, dass mit ihrer Hilfe entweder die Pflege erleichtert werden kann, die Beschwerden der pflegebedürftigen Person gelindert werden können oder der pflegebedürftigen Person eine selbständigere Lebensführung ermöglicht werden kann. Zu den Hilfsmitteln gehören dementsprechend die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel (z. B. Desinfektionsmittel und Unterlagen) und technische Hilfsmittel wie z. B. Pflegebetten und Hausnotrufanlagen. Eine ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich.

Der bestimmungsgemäße Gebrauch der technischen Hilfsmittel erfordert in den meisten Fällen die Anleitung durch fachkundiges Personal, welche gemäß Satz 2 Bestandteil des Anspruchs auf Pflegehilfsmittel ist. Zum Anspruch auf Pflegehilfsmittel gehören darüber hinaus neben der Anpassung der Hilfsmittel an bestimmte Erfordernisse der pflegebedürftigen Person, der Pflegepersonen oder der häuslichen Umgebung auch die Instandsetzung und - soweit erforderlich - den Ersatz.

Technische Hilfsmittel sind einerseits in der Anschaffung mit erheblichen Kosten verbunden, zeigen aber andererseits auch bei längerem sachgemäßem Gebrauch kaum Abnutzungserscheinungen. Im Hinblick auf die Pflicht der Kostenträger zum sparsamen Umgang der zur Verfügung stehenden Finanzmittel sollen die technischen Hilfsmittel wiederholt zum Einsatz kommen. Entsprechend der Regelung im SGB XI können daher technische Hilfsmittel den Pflegebedürftigen auch leihweise zur Verfügung gestellt werden.

Der Anspruch auf Pflegehilfsmittel entspricht dem Inhalt nach dem Anspruch auf Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI.

Zur Vermeidung von Missverständnissen erfolgt eine Anpassung an den Wortlaut des § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB XI. Eine Leistungsausweitung oder Leistungsverkürzung ist damit nicht verbunden.

Zu § 64e (Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes)

Neben den Pflegehilfsmitteln gemäß § 64d können die Träger der Sozialhilfe als Ermessensleistung ganz oder teilweise Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person finanzieren. Voraussetzung ist, dass die Maßnahme angemessen ist und durch die Maßnahme die häusliche Pflege überhaupt ermöglicht oder zumindest erleichtert wird oder ein Verbleiben der pflegebedürftigen Person in seiner häuslichen Umgebung sichergestellt werden kann.

In Betracht kommen technische Hilfen im Haushalt, aber auch Umbaumaßnahmen wie z. B. die Verbreiterung von Türen, den Einbau einer ebenerdigen Dusche oder eines Treppenliftes sowie die Beseitigung von Türschwellen. Modernisierungsmaßnahmen, die in keinem direkten Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit stehen, sondern nur den Wohnwert verbessern, sind von der Finanzierung ausgenommen. Dem Inhalt nach korrespondiert die Vorschrift mit dem Anspruch auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI.

Zu § 64f (Andere Leistungen)

Zu Absatz 1

Der Absatz überträgt inhaltsgleich den bisherigen § 65 Absatz 2, aufgrund dessen den Pflegebedürftigen neben dem Pflegegeld auch die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft übernommen werden, soweit diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

Nicht übernommen wird dagegen die teilweise inhaltsgleiche Vorschrift des bisherigen § 65 Absatz 1, welche unter anderem ebenfalls die Übernahme von angemessenen Aufwendungen einer Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung vorsieht. Die Vorschrift stammt aus den Anfängen des Bundessozialhilfegesetzes, als der Anspruch auf Pflegegeld noch ein stärkeres Maß an Pflegebedürftigkeit voraussetzte. Aus diesem Grunde war eine gesonderte Regelung zur Übernahme von Aufwendungen für eine angemessene Alterssicherung einer Pflegeperson in den Fällen, in denen nicht zugleich ein Pflegegeld geleistet wurde, erforderlich. Bereits das geltende Recht der Hilfe zur Pflege räumt dem Pflegebedürftigen in § 64 einen Anspruch auf Pflegegeld ohne zusätzliche Voraussetzungen ein. Die Vorschrift des bisherigen § 65 Absatz 1 Satz 1 läuft daher insoweit schon jetzt ins Leere.

Vor dem Hintergrund der regelmäßigen Zahlung von Pflegegeld besteht darüber hinaus auch keine Notwendigkeit mehr für eine gesonderte Übernahme sonstiger angemessener Aufwendungen. Soweit Aufwendungen bei der Pflegeperson anfallen, sind diese durch die Zahlung des Pflegegeldes abgegolten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 überträgt den bisherigen § 65 Absatz 1 Satz 2 in das neue Leistungsrecht der Hilfe zur Pflege, soweit eine Beratung der Pflegeperson geboten ist. Die im bisherigen § 65 Absatz 1 Satz 2 genannte weitere Leistung der zeitweiligen Entlastung der Pflegeperson entspricht der Verhinderungspflege, die künftig als eigener Tatbestand in § 64c geregelt wird.

Zu Absatz 3

Absatz 3 übernimmt inhaltsgleich den bisherigen § 65 Absatz 1 Satz 2, soweit es sich um die Übernahme von angemessenen Kosten im Rahmen des sog. Arbeitgebermodells handelt, bei dem die Pflegebedürftigen ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen.

Soweit darüber hinaus die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft nicht im Rahmen des Arbeitgebermodells erfolgt, ergeben sich die Voraussetzungen einer Übernahme der angemessenen Kosten im Umkehrschluss aus § 64: Ist die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft z. B. durch einen ambulanten Pflegedienst erforderlich, ist eine häusliche Pflege durch nahestehende Personen im Sinne des § 64 Satz 2 nicht ausreichend. Dementsprechend sind die Kosten der häuslichen Pflegehilfe nach § 64b oder der Verhinderungspflege nach § 64c durch den Träger der Sozialhilfe zu übernehmen.

Zu § 64g (Teilstationäre Pflege)

Um den Vorrang der häuslichen Pflege zu erhalten und zu fördern, ist es erforderlich, Hilfen auch für die Fälle vorzusehen, in denen die häusliche Pflege nicht oder nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Mit der teilstationären Pflege soll ein dauerhafter Wechsel von der häuslichen Pflege zur stationären Pflege verhindert werden. Wie bisher schon gehört daher die teilstationäre Pflege auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege entspricht dem Inhalt nach dem Anspruch auf teilstationäre Pflege nach § 41 Absatz 1 SGB XI.

Zu § 64h (Kurzzeitpflege)

Zu Absatz 1

Ist weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich, kommt als weitere Leistung der Hilfe zur Pflege die Kurzzeitpflege in Betracht. Wie auch mit der teilstationären Pflege sollen insbesondere Pflegepersonen, die die häusliche Pflege sicherstellen, entlastet und so verhindert werden, dass Pflegebedürftige auf Dauer in eine stationäre Pflegeeinrichtungen wechseln müssen. Entsprechend ihrer Bezeichnung soll die Kurzzeitpflege nur für einen begrenzten Zeitraum erfolgen. Für diesen Zeitraum werden Pflegebedürftige in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen. In Betracht kommt die Kurzzeitpflege z. B. für eine Übergangszeit nach einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder nach stationärer Behandlung oder wenn die Wohnung des Pflegebedürftigen für die häusliche Pflege umgebaut werden muss oder die Pflegeperson die häusliche Pflege nicht unmittelbar übernehmen kann. Kurzzeitpflege ist ebenfalls möglich bei Verhinderung der Pflegeperson z. B. aufgrund von Krankheit oder Urlaub und eine Verhinderungspflege nach § 64c nicht möglich ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist inhaltsgleich mit dem Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 SGB XI.

Gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften, wie zu § 39c SGB V, gehen den Leistungen nach § 64h vor.

Zu Absatz 2

Absatz 2 greift den Gedanken der Vorschrift des § 42 Absatz 3 SGB XI auf, wonach die Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zuhause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen erfolgen kann. Voraussetzung ist, dass die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

Zu Absatz 3

Absatz 3 überträgt inhaltsgleich die Vorschrift des § 42 Absatz 4 SGB XI auf die Kurzzeitpflege nach dem Recht der Hilfe zur Pflege.

Zu § 64i (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird hier eine über den notwendigen pflegerischen Bedarf hinausgehende, zusätzliche Leistung gewährt; eine Entlastung von Pflegepersonen erfolgt auch bereits durch bestehende Leistungen der Hilfe zur Pflege wie Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege. Mit der Ausgestaltung als zusätzliche Leistung soll Pflegepersonen jedoch die Möglichkeit eröffnet werden, insbesondere niedrighschwellige Angebote in Anspruch nehmen zu können. Der Betrag ist nach Satz 2 zweckgebunden einzusetzen.

Anders als bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 (§ 66) ist der Entlastungsbetrag nicht für die Inanspruchnahme von sonstigen Leistungen nach §§ 64b und 64e bis 64g einsetzbar, weil bereits ohnehin ein Anspruch auf die dort genannten Leistungen besteht.

Zu § 65 (Stationäre Pflege)

Soweit häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt, sind im Rahmen der Hilfe zur Pflege - gegenüber dem geltenden Recht insoweit unverändert - Leistungen der stationären Pflege zu gewähren. Der Anspruch beinhaltet in Übereinstimmung mit der entsprechenden Vorschrift für die soziale Pflegeversicherung (§ 43 Absatz 2 SGB XI) auch Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf stationäre Pflege entspricht insoweit dem Inhalt des Anspruchs auf stationäre Pflege nach § 43 Absatz 1 SGB XI. Der Inhalt der Betreuungsmaßnahmen nach Satz 2 entspricht weitgehend den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in der häuslichen Pflege.

Zu § 66 (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1)

Im Hinblick darauf, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des § 61a bei Personen mit Pflegegrad 1 gering ausgeprägt sind, werden die Leistungen der Hilfe zur Pflege - wie auch im vorrangigen System der sozialen Pflegeversicherung - grundsätzlich für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt (vgl. § 28a SGB XI). Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist ein uneingeschränkter Zugang zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nicht angezeigt.

Der Beirat 2009 hatte sich vor diesem Hintergrund erst nach intensiver Diskussion für eine leistungsrechtliche Hinterlegung im Falle des Pflegegrades 1 ausgesprochen.

Das Siebte Kapitel greift diesen Vorschlag insoweit auf, als dem Personenkreis der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 ein Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich gewährt wird. Der Entlastungsbetrag soll die Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 befähigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben zu können; dementsprechend ist der Entlastungsbetrag im Sinne des Satz 2 Nummer 1 bis 4 zweckgebunden einzusetzen.

Auf diesem Wege wird sichergestellt, dass nichtversicherte Pflegebedürftige die gleichen Leistungen wie Pflegebedürftige erhalten, die Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung sind.

Zu Nummer 6 (§ 70)**Zu Buchstabe a**

In der Praxis wurde teilweise die Vorschrift entgegen dem gesetzgeberischen Willen dahingehend einschränkend ausgelegt, dass die Person mit eigenem Haushalt im Sinne des § 70 Absatz 1 mit anderen Personen in dem Haushalt zusammenleben muss, um einen Anspruch auf Hilfe zur Weiterführung des Haushalts zu begründen. Mit der Änderung wird klargestellt, dass Leistungen nach § 70 auch in den Fällen in Betracht kommen, dass die Person mit eigenem Haushalt alleinstehend ist.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des Siebten Kapitels. Wie bereits nach geltendem Recht können durch Absatz 3 z. B. nahestehenden Personen oder Nachbarn, die die Haushaltsführung übernommen haben, die angemessenen Aufwendungen erstattet werden. Auch können Beiträge für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Darüber hinaus sind die angemessenen Kosten zu übernehmen, wenn die Heranziehung einer besonderen Person zur Haushaltsführung geboten ist oder die Entlastung oder Beratung der haushaltsführenden Person geboten ist.

Zu Nummer 7 (§ 71)**Zu Buchstabe a**

Mit der Änderung des Satzes soll das Selbstbestimmungsrecht älterer Menschen gestärkt werden sowohl im Hinblick auf die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft als auch im Hinblick der Stärkung der Fähigkeit älterer Menschen zur Selbsthilfe.

Zu Buchstabe b

Die Beratung und Unterstützung im Rahmen der Altenhilfe soll sich nicht nur auf die Auswahl und Aufnahme in eine stationäre Einrichtung erstrecken. Mit der geänderten Nummer 3 soll daher deutlich gemacht werden, dass die Beratung und Unterstützung durch die Altenhilfe entsprechend der bereits eingetretenen Entwicklung unterschiedliche Wohn- und Betreuungsformen sowie auch die ambulante und häusliche Pflege im Blick hat. Dies entspricht dem Willen der meisten Betroffenen, möglichst lange in ihrem eigenen Zuhause zu verbleiben und dort ambulante Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Eine Ausweitung der Aufgaben ist mit den Ergänzungen nicht verbunden.

Zu Buchstabe c

Mit dem neuen Absatz 5 wird ein Anliegen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege aufgegriffen, im Interesse auch alter Menschen die verschiedenen Leistungen, die für diesen Personenkreis in Betracht kommen, stärker miteinander zu verzahnen. Ein Schwerpunkt bildet dabei die Beratung, zu dem die Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Empfehlung ausgesprochen hat, die Zusammenarbeit und Transparenz in diesem Bereich zu verbessern. Die Beratung alter Menschen bildet einen Schwerpunkt der Leistungen der Altenhilfe. Der neue Absatz bestimmt daher, dass die Leistungen der Altenhilfe sowohl mit den übrigen Leistungen dieses Buches einschließlich Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege mit den Leistungen der örtlichen Altenhilfe im Sinne der kommunalen Daseinsvorsorge zu verzahnen. Ziel der Verzahnung ist eine Vermeidung bzw. Verringerung von Pflegebedürftigkeit sowie eine Vermeidung bzw. Verringerung der Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe. Bei der Verzahnung sind sowohl die Ergebnisse der Gesamtplanung nach § 58 als auch die nach den Vorschriften SGB IX bestehenden Grundsätze der Koordination, Kooperation und Konvergenz der Leistungen (§§ 10 ff.) zu berücksichtigen.

Es ist beabsichtigt im Rahmen der Reform der Eingliederungshilfe die Grundsätze der Koordination, Kooperation und Konvergenz zu einer umfassenden Teilhabeplanung weiterzuentwickeln.

Entsprechend dem Zweck des neuen Absatz 5 bestimmt § 123 Absatz 1 Satz 6 SGB XI (Artikel 1 Nummer 18), dass in den Modellvorhaben eine Zusammenarbeit bei der Beratung insbesondere auch mit der Beratung zu Leistungen der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe sicherzustellen ist.

Zu Nummer 8 (§ 72)**Zu Buchstabe a**

Nach geltendem Recht sind auf die Leistungen der Blindenhilfe die Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI in Abhängigkeit der Pflegestufe anzurechnen. Infolge der Umstellung von drei Pflegestufen in fünf Pflegegrade ist die Vorschrift entsprechend der Überleitungsregel des § 140 Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 SGB XI anzupassen. Die Leistungsverbesserungen in der Pflege sollen den Leistungsberechtigten nach § 72 zugutekommen, ohne dass die Blindenhilfe absolut stärker als bisher gekürzt wird. Dementsprechend sind ab dem 1. Januar 2017 auf die Blindenhilfe bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI mit 50 Prozent des Pflegegeldes bei Pflegegrad 2 und bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 3 bis 5 die Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI mit 40 Prozent des Pflegegeldes bei Pflegegrad 3, höchstens jedoch mit 50 Prozent des Betrages nach § 72 Absatz 2, anzurechnen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des Siebten Kapitels.

Zu Nummer 9 (§ 75)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des Siebten Kapitels.

Zu Nummer 10 (§ 76)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des Siebten Kapitels.

Zu Nummer 11 (§ 87)

§ 87 Absatz 1 Satz 3 stellt in der bisher geltenden Fassung auf Pflegebedürftige der Pflegestufe III ab. Infolge der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade ist korrespondierend mit der Überleitungsregel des § 139 künftig auf Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 abzustellen. Für diese Personen gilt wie bisher, dass ihnen ein Einsatz des Einkommens über der Einkommensgrenze in Höhe von mindestens 60 Prozent nicht zuzumuten ist.

Zu Nummer 12 (§ 94)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des Siebten Kapitels.

Zu Nummer 13 (§§ 137, 138)**Zu § 137**

Zur Vermeidung von Neubegutachtungen aller Pflegebedürftigen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten, werden die Pflegebedürftigen mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 von den bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade übergeleitet. Bisherige Leistungsbezieher sollen dabei gegenüber dem geltenden Recht nicht schlechter gestellt werden. Daher erfolgt die Überleitung grundsätzlich in einen Pflegegrad, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind.

Die Überleitungsregel ist inhaltsgleich mit der Überleitungsregel des § 140 Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 SGB XI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Im Hinblick darauf, dass im Rahmen der Hilfe zur Pflege - im Unterschied zum SGB XI - keine zusätzlichen Leistungen bei einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erbracht werden, besteht keine Notwendigkeit für eine Übergangsregelung entsprechend § 140 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 SGB XI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung.

Zu § 138

Die Träger der Sozialhilfe werden mit Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs den notwendigen pflegerischen Bedarf an Leistungen nach dem Siebten Kapitel zu ermitteln und festzustellen haben. Mit der Übergangsregelung wird sichergestellt, dass in den Fällen, in denen bei Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 die Ermittlung und Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs noch

nicht erfolgt bzw. noch nicht abgeschlossen ist, die bisherigen Leistungen, die auf der Grundlage des bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Rechts erbracht worden sind, vorläufig weiter gewährt werden. Mit der Regelung wird vermieden, dass Pflegebedürftige vorübergehend keine Leistungen erhalten. Der Anspruch auf Weitergewährung ist bis zum Abschluss des Verfahrens zur Ermittlung und Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs befristet. Die weitergewährten Leistungen sind auch in den Fällen, in denen im Nachhinein ein geringerer notwendiger pflegerischer Bedarf festgestellt wird, vom Pflegebedürftigen nicht zurückzufordern. Ergibt die Ermittlung und Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs einen Anspruch auf höhere Leistungen, sind diese rückwirkend zu gewähren.

Zu Artikel 3 (Änderung des Bundesgleichstellungsgesetzes)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Neufassung des Siebten Kapitels SGB XII.

Zu Artikel 4 (Änderung der Bundes-Apothekerordnung)

Die Änderung greift einen Vorschlag des Bundesrates aus dessen Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) für bundesrechtlich geregelte Heilberufe und andere Berufe auf. Sie dient der erforderlichen Festlegung der Zuständigkeit für die Erteilung des Europäischen Berufsausweises und trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gesetz, das am 23. April 2016 in Kraft getreten ist, auch das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises regelt.

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundesärzteordnung)

Die Änderung greift einen Vorschlag des Bundesrates aus dessen Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) für bundesrechtlich geregelte Heilberufe und andere Berufe auf. Sie dient der erforderlichen Festlegung der Zuständigkeit für die Erteilung des Europäischen Berufsausweises und trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gesetz, das am 23. April 2016 in Kraft getreten ist, auch das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises regelt.

Zu Artikel 6 (Änderung des Psychotherapeutengesetzes)

Die Änderung greift einen Vorschlag des Bundesrates aus dessen Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) für bundesrechtlich geregelte Heilberufe und andere Berufe auf. Sie dient der erforderlichen Festlegung der Zuständigkeit für die Erteilung des Europäischen Berufsausweises und trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gesetz, das am 23. April 2016 in Kraft getreten ist, auch das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises regelt.

Zu Artikel 7 (Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde)

Die Änderung greift einen Vorschlag des Bundesrates aus dessen Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) für bundesrechtlich geregelte Heilberufe und andere Berufe auf. Sie dient der erforderlichen Festlegung der Zuständigkeit für die Erteilung des Europäischen Berufsausweises und trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gesetz, das am 23. April 2016 in Kraft getreten ist, auch das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises regelt.

Zu Artikel 8 (Änderung der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Vorschrift stellt in der geltenden Fassung auf Pflegebedürftige der Pflegestufe III ab. Infolge der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade ist korrespondierend mit der Überleitungsregel des § 140 SGB XI künftig auf Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 abzustellen.

Zu Artikel 9 (Änderung des Einkommensteuergesetzes)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung der §§ 4, 36 und 37 SGB XI durch das PSG II.

Zu Artikel 10 (Änderung des Gewerbesteuergesetzes)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Neufassung des Siebten Kapitels des SGB XII.

Zu Artikel 11 (Änderung des Umsatzsteuergesetzes)

Durch das PSG II werden die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote nach § 45b SGB XI mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2017 zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI. Es handelt sich hierbei um eine rein redaktionelle Änderung der Bezeichnung, um die Verständlichkeit für die Bürgerinnen und Bürger zu erhöhen. Inhaltliche Änderungen sind damit nicht verbunden. Dementsprechend wird zum 1. Januar 2017 § 4 Nummer 16 Satz 1 Buchstabe g redaktionell angepasst.

Zu Artikel 12 (Änderung des Bundesversorgungsgesetzes)**Zu Nummer 1 (§ 25)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 26c.

Zu Nummer 2 (§ 25e)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 26c.

Zu Nummer 3 (§ 25f)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 26c sowie der Aufgabe der bisherigen Pflegestufen und der Einführung von Pflegegraden durch das PSG II.

Zu Nummer 4 (§ 26c)**Zu Absatz 1**

Die Hilfe zur Pflege nach dem BVG orientierte sich bisher an den entsprechenden Regelungen im SGB XII. An diesem Grundsatz wird mit der Regelung in § 26c Absatz 1 im Wesentlichen festgehalten und die Regelungen des Siebten Kapitels des SGB XII für die Hilfe zur Pflege nach dem BVG für entsprechend anwendbar erklärt. Um den Besonderheiten des Sozialen Entschädigungsrechts Rechnung zu tragen, wird bestimmt, dass Abweichungen von den Regelungen des Siebten Kapitels des SGB XII möglich sind. Zudem wird § 13 des SGB XII in Bezug genommen. Zuvor war der Nachrang (teil-) stationärer Leistungen in § 26c Absatz 1 Satz 2 Zweiter Halbsatz sowie § 61 Absatz 1 Satz 2 Zweiter Halbsatz SGB XII geregelt. Die Neufassung des Siebten Kapitels des SGB XII sieht eine ausdrückliche Regelung über den Nachrang (teil-)stationärer Leistungen nicht mehr vor. Vielmehr finden für die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII die allgemeinen Vorschriften und damit auch § 13 SGB XII Anwendung. Dies wird auch für die Hilfe zur Pflege nach dem BVG nachvollzogen.

Zu Absatz 2

Die Regelung entspricht inhaltlich dem bisherigen § 26c Absatz 1 Satz 3. Sie beinhaltet keine Änderung zum bisherigen Recht.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 26c Absatz 10 Satz 7, soweit die entsprechende Anwendung von § 11 Absatz 3 SGB V und § 34 Absatz 2 Satz 2 SGB XI angeordnet wird. Der bisherige Verweis auf die entsprechende Anwendung von § 66 Absatz 4 Satz 2 SGB XII wird aufgrund der Neufassung des Siebten Kapitels SGB XII nicht übernommen. Absatz 1 regelt die entsprechende Anwendung des inhaltsgleichen § 63b Absatz 5 SGB XII. Hiermit ist keine inhaltliche Änderung verbunden.

Zu Absatz 4

Im Gegensatz zu den Regelungen des SGB XII wird im BVG für die Erbringung von Leistungen nicht auf eine taggenaue Berechnung der Bedarfe, sondern auf das Monatsprinzip abgestellt. Um diesen Grundsatz nicht zu durchbrechen, wird § 64a Absatz 2 SGB XII für nicht anwendbar erklärt.

Zu Absatz 5

Aufgrund der Neufassung des § 26c wird der bisherige Absatz 11 zu Absatz 5. Zudem werden die Regelungen in den bisherigen Buchstaben a und b aufgrund der Aufgabe der bisherigen Pflegestufen und der Einführung von Pflegegraden durch das PSG II angepasst.

Zu Absatz 6

Aufgrund der Neufassung des § 26c wird der bisherige Absatz 12 zu Absatz 6. Der darin enthaltene Verweis auf den bisherigen § 26c Absatz 11 wird redaktionell angepasst.

Zu Nummer 5 (§ 26d)**Zu Buchstabe a**

Die Regelungen zur Weiterführung des Haushalts entsprechen im Wesentlichen denjenigen des § 70 SGB XII. Hieran soll festgehalten werden. Da § 70 Absatz 1 Satz 1 SGB XII neugefasst wird, wurde auch § 26d Absatz 1 Satz 1 entsprechend angepasst.

Mit der Einfügung des Satzes 2 in § 26d Absatz 1 ist keine inhaltliche Änderung verbunden. Die Regelung wurde bisher durch einen Verweis in § 26d Absatz 3 auf den bisherigen § 26c Absatz 7 Satz 1 erreicht. Aufgrund der Neufassung des § 26c ist eine eigenständige Regelung in § 26d erforderlich. Durch die Einfügung des Satzes 2 werden die bisherigen Sätze 2 und 3 zu den Sätzen 3 und 4. Bei der Änderung des Satzes 4 handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Mit der Neufassung des § 26d Absatz 3 ist keine inhaltliche Änderung verbunden. Die Regelung wurde bisher durch einen Verweis in § 26d Absatz 3 auf den bisherigen § 26c Absatz 9 Satz 1 und 2 erreicht. Aufgrund der Neufassung des § 26c ist eine eigenständige Regelung in § 26d erforderlich.

Zu Nummer 6 (§ 26e)**Zu Buchstabe a**

Es wird auf die Begründung zu Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe a Bezug genommen.

Zu Buchstabe b

Es wird auf die Begründung zu Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe b Bezug genommen.

Zu Buchstabe c

Es wird auf die Begründung zu Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe c Bezug genommen.

Zu Nummer 7 (§ 27d)**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 26c sowie der Aufgabe der bisherigen Pflegestufen und der Einführung von Pflegegraden durch das PSG II.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 26c sowie der Aufgabe der bisherigen Pflegestufen und der Einführung von Pflegegraden durch das PSG II.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 26c.

Zu Nummer 8 (§ 27h)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 26c.

Zu Nummer 9 (§ 27k)

Es wird auf die Begründung zu Artikel 2 Nummer 13 Bezug genommen.

Zu Nummer 10 (§ 64b)**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 26c.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 26c sowie der Aufgabe der bisherigen Pflegestufen und der Einführung von Pflegegraden durch das PSG II.

Zu Artikel 13 (Änderung des SGB V)**Zu Nummer 1 (§ 11)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Neufassung des Siebten Kapitels des SGB XII.

Zu Nummer 2 (§ 37)

Zum 1. Januar 2016 wurde die Leistung der HKP wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung in § 37 Absatz 1a eingeführt. Wer nicht als anerkannter Pflegebedürftiger der Pflegestufen I bis III Leistungen nach dem SGB XI erhält, kann Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Absatz 1a erhalten. Damit ist – bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen – eine lückenlose Leistungsgewährung entweder nach dem SGB XI oder nach diesem Buch gewährleistet.

Der Wortlaut der Regelung in § 37 Absatz 1a Satz 1 („soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt“) kann aber ab dem 1. Januar 2017 zu einer ungewollten Leistungslücke führen:

Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI sind ab dem 1. Januar 2017 alle Pflegebedürftigen, einschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrads 1. Der Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 rechtfertigt aber keinen Ausschluss von Leistungen nach § 37 Absatz 1a. Mit der Regelung wird deshalb sichergestellt, dass von dem Anspruch nach § 37 Absatz 1a ab dem 1. Januar 2017 nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 ausgeschlossen werden.

Zu Nummer 3 (§ 39c)

Zum 1. Januar 2016 wurde die Leistung „Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit“ in § 39c eingeführt. Wer nicht als anerkannter Pflegebedürftiger der Pflegestufen I bis III die Leistung Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erhalten kann, kann die neue Leistung nach § 39c erhalten. Damit ist – bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen – eine lückenlose Leistungsgewährung im Bereich Kurzzeitpflege entweder nach dem SGB XI oder nach diesem Buch gewährleistet.

Der Wortlaut der Regelung in § 39c („wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches festgestellt ist“) kann aber ab dem 1. Januar 2017 zu einer ungewollten Leistungslücke führen:

Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI sind ab dem 1. Januar 2017 alle Pflegebedürftigen, einschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrads 1. Sie erhalten aber nur wenige, geringe, im Einzelnen aufgeführte Leistungen der Pflegeversicherung. Insbesondere erhalten sie keine Kurzzeitpflege.

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass von dem Anspruch nach § 39c ab dem 1. Januar 2017 nur diejenigen Pflegebedürftigen ausgeschlossen werden, die als Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 einen Anspruch auf Kurzzeitpflege nach dem SGB XI haben.

Zu Nummer 4 (§ 132a)

Der eingefügte Satz 10 verpflichtet die Pflegedienste auch im Verhältnis zu den Krankenkassen, sich an den in § 275b (neu) geregelten Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen von Leistungen der HKP durch den MDK zu beteiligen. Die Regelung ergänzt insoweit die Mitwirkungspflichten der Leistungserbringer nach § 275b Absatz 2 Satz 6 gegenüber dem MDK.

Satz 11 verpflichtet die Leistungserbringer, die Erbringung intensivpflegerischer Leistungen in stationsähnlichen Wohnformen gegenüber der jeweiligen Krankenkasse anzuzeigen. Intensivpflegerische Leistungen werden für Versicherte erbracht, die aufgrund eines erhöhten Pflegeaufwandes oder einer Bedrohung der Vitalfunktionen einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegefachkraft bedürfen. Mit der Anzeigepflicht wird die Grundlage für die besonderen Prüfbefugnisse des MDK nach § 275b Absatz 2 Satz 2 und 3 bei Pflegediensten, die Leistungen der Intensivpflege in besonderen – mit dem stationären Bereich vergleichbaren – Wohnformen erbringen, geschaffen. Die Anzeigepflicht gilt für die Fälle, in denen ein Leistungserbringer Leistungen der häuslichen Intensivkrankenpflege für mindestens zwei Versicherte, die in einer entweder durch den Leistungserbringer selbst oder einen Dritten organisierten Wohneinheit (z. B. in Wohngruppen oder Wohngemeinschaften für Beatmungspatienten) zusammen leben, in dieser Wohneinheit erbringt. Um den Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten verstärkt und gezielter Rechnung zu tragen, ist der Begriff der Wohneinheit weit auszulegen.

Zu Nummer 5 (§ 275b)

Mit der neuen Vorschrift des § 275b werden die Prüfaufgaben des MDK im Bereich der Leistungen der HKP erweitert und systematisch so ausgestaltet, dass sie den Prüfvorgaben für die Qualitätsprüfungen im Auftrag der Pflegekassen nach den §§ 114 und 114a SGB XI entsprechen. Dem MDK wird deshalb die Aufgabe zugewiesen, im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen oder einzelner Krankenkassen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Pflegediensten durchzuführen, die Leistungen der HKP nach § 37 für die Krankenkassen erbringen und abrechnen. Die Prüfung der Qualität und der Abrechnung der Leistungen eines Pflegedienstes erfolgt dabei im Rahmen einer zeitlich zusammenhängenden Prüfung.

Zu Absatz 1

Mit Satz 1 erhalten die Landesverbände der Krankenkassen die Aufgabe, den MDK mit Regelprüfungen bei den Pflegediensten zu beauftragen. Dieser Auftrag betrifft nur die ambulanten Pflegedienste, die bisher nicht unter die Regelprüfungen nach § 114 Absatz 2 SGB XI fallen, weil sie nur HKP-Leistungen für die Krankenkassen und keine Pflegesachleistungen für die Pflegekassen erbringen. Diese Pflegedienste stellen nur einen kleinen Teil (rund 200 bis 300 von insgesamt rund 12 000) aller ambulant tätigen Pflegedienste dar. Die Krankenkassen können diese Pflegedienste aus ihren Vertragsdaten durch einen Abgleich mit den Daten der Pflegekassen ermitteln. Der weit überwiegende Teil der Pflegedienste erbringt sowohl HKP-Leistungen für die Krankenkassen als auch Pflegesachleistungen für die Pflegekassen und unterliegt damit bereits den Regelprüfungen nach § 114

SGB XI. Diese Pflegedienste werden von der Neuregelung und damit von Regelprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen nicht erfasst.

Für die Regelprüfungen gelten die gesetzlichen Vorgaben nach § 114 Absatz 2 SGB XI zum zeitlichen Abstand (regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr) und zum Umfang der Regelprüfung, die auch die Prüfung der Abrechnung der erbrachten Leistungen einschließlich notwendiger Qualifikationen der Pflegekräfte umfasst, sowie – soweit die zu prüfenden Pflegedienste einer heimrechtlichen Aufsicht unterliegen – auch die Vorgaben zur Abstimmung der Prüfungen mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 114 Absatz 3 SGB XI) entsprechend.

In Satz 2 wird die Beauftragung des MDK mit anlassbezogenen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Pflegediensten (Anlassprüfung) geregelt. Anlassprüfungen können Pflegedienste betreffen, die HKP-Leistungen für die Krankenkassen und Pflegesachleistungen für die Pflegekassen erbringen. Um anlassbezogene Doppelprüfungen eines Pflegedienstes zu vermeiden, haben die Krankenkassen und die Pflegekassen die Beauftragung von Anlassprüfungen miteinander abzustimmen. Die Regelung des Näheren zur Abstimmung der Prüfungen erfolgt im Rahmen der Richtlinie nach Satz 3. Anlassprüfungen können sowohl durch die Landesverbände der Krankenkassen als auch durch einzelne Krankenkassen veranlasst werden, weil auch einzelnen Krankenkassen hinreichende Anhaltspunkte vorliegen können, die eine Überprüfung durch den MDK rechtfertigen. Hinzu kommt, dass eine ausschließliche Veranlassung von Anlassprüfungen durch einen Landesverband der Krankenkassen zu unnötigen Verzögerungen führen kann. Gegenstand der Anlassprüfungen ist die Einhaltung der Leistungs- und Qualitätsanforderungen für die HKP-Leistungen nach den Vorschriften des SGB V oder der nach den Vorschriften des SGB V abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen sowie die ordnungsgemäße Abrechnung der HKP-Leistungen mit den Krankenkassen. Für den Umfang der Anlassprüfungen sowie ggf. erforderlicher Wiederholungsprüfungen gilt im Übrigen § 114 Absatz 4 SGB XI entsprechend.

Nach Satz 3 ist das Nähere insbesondere zu Prüfanlässen, zu Inhalten, zur Durchführung, zur Beteiligung der Krankenkassen an den MDK-Prüfungen sowie zur Abstimmung der Prüfungen nach SGB V und SGB XI vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3 festzulegen. Diese Richtlinien dienen der Sicherstellung einer einheitlichen Prüfpraxis des MDK und einer einheitlichen Verwaltungspraxis der Krankenkassen. Bei der Bestimmung der Prüfinhalte sind die Inhalte aus den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 und den vertraglichen Vereinbarungen nach § 132a Absatz 2 zur Qualitätssicherung und zum Abrechnungsverfahren zu beachten. In den Richtlinien können auch Prüfkriterien für Personengruppen mit besonderem Pflegebedarf vorgesehen werden, wie z. B. für Personen, bei denen die Notwendigkeit einer speziellen Krankenbeobachtung im Rahmen einer außerklinischen Intensivpflege besteht.

Für die Beauftragung von Anlassprüfungen müssen bei den Krankenkassen oder deren Landesverbänden hinreichende Anhaltspunkte vorliegen. Die Anlassprüfungen sind möglichst aufwandsarm zu gestalten und ihr konkreter Umfang muss in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen, die Auslöser für den Prüfauftrag an den MDK waren.

Nach Satz 4 sind bei der Erstellung der Richtlinien die Beteiligungsvorgaben nach § 114a Absatz 7 Satz 5 bis 7 SGB XI entsprechend anzuwenden. Dies gilt mit der Maßgabe, dass neben den dort genannten Organisationen – soweit diese von der Erbringung von HKP-Leistungen für die Krankenkassen betroffen sind – auch den zur Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme mit einer angemessenen Frist geben ist. Die Stellungnahmen sind bei der Festlegung des Inhalts der Richtlinie einzubeziehen. Ferner sind die Richtlinien in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen (§ 114a Absatz 7 Satz 8 SGB XI). Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich (§ 114a Absatz 7 Satz 11 SGB XI). Die entsprechende Geltung dieser Vorschrift umfasst nicht den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.. Dieser Prüfdienst ist von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen von HKP-Leistungen nicht betroffen, weil den HKP-Leistungen entsprechende Leistungen grundsätzlich nicht zum Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung gehören.

Die Richtlinien sind nach Satz 5 spätestens neun Monate nach Inkrafttreten der Neuregelung zu beschließen, um einen möglichst zügigen Beginn der Prüfungen sicherzustellen.

Zu Absatz 2

Die Prüfungen nach Absatz 1 erfolgen bei Pflegediensten, die HKP erbringen und die insoweit grundsätzlich ambulanten Pflegeeinrichtungen entsprechen. Nach Satz 1 gelten für die Durchführung der MDK-Prüfungen die gesetzlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung- und -nutzung beim MDK nach § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9 sowie die Regelungen des § 114a Absatz 1 bis 3a SGB XI entsprechend.

Mit der entsprechenden Geltung der § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9 SGB V wird klargestellt, dass die gesetzlichen Regelungen für die Datenverarbeitung und Nutzung der rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten beim MDK auch für die im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 erhobenen Sozialdaten Anwendung finden.

Ferner sind die Prüfungen nach Absatz 1 an Ort und Stelle durchzuführen (§ 114a Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Regelprüfungen bei ambulanten Pflegediensten nach Absatz 1 Satz 1 sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen und Anlassprüfungen nach Absatz 1 Satz 2 sollen unangemeldet erfolgen (§ 114a Absatz 1 Satz 3 SGB XI).

Darüber hinaus ist der MDK berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung der Versicherten auch in deren Wohnungen zu überprüfen (§ 114a Absatz 2 Satz 4 SGB XI).

Die Vorgaben des § 114a Absatz 3 SGB XI insbesondere zur Inaugenscheinnahme der Versicherten und zur Befragung von Angehörigen oder Betreuern der Pflegebedürftigen und von Mitarbeitern des Pflegedienstes sowie zur Berücksichtigung des Ergebnisses der Inaugenscheinnahme der Versicherten, der Befragungen und der Einsichtnahmen in die Pflegedokumentationen bei der Erarbeitung des Ergebnisses der Prüfung sind auch bei den Prüfungen des MDK nach Absatz 1 zu beachten. Gleiches gilt für die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Inaugenscheinnahme und Befragung, für die Erhebung personenbezogener Daten von Versicherten zum Zwecke der Erstellung des Prüfberichts mit Einwilligung der Versicherten sowie für die Vorgaben zur Einwilligung nach § 114a Absatz 3a SGB XI.

In den Sätzen 2 und 3 werden für die Pflegedienste, die im Rahmen der HKP in Wohneinheiten anzeigepflichtige Intensivpflegeleistungen im Sinne des § 132a Absatz 2 Satz 11 erbringen, von den übrigen ambulanten Pflegediensten abweichende Regelungen zur Ankündigung der Prüfungen und zum Betretensrecht von Räumen mit Wohnrecht der Versicherten in diesen Wohneinheiten durch den MDK getroffen. Solche Leistungen der Intensivpflege liegen vor, wenn HKP-Leistungen erbracht werden, die eine permanente Anwesenheit einer Pflegefachkraft erfordern, um einem erhöhten Pflegeaufwand gerecht zu werden oder eine Bedrohung der Vitalfunktionen des Versicherten zu vermeiden, wie z. B. bei der Beatmung eines Versicherten. Die Versorgung mehrerer Intensivpflegepatienten in einer durch den Pflegedienst oder einen Dritten organisierten Wohneinheit, wie z. B. in Wohngruppen mit Beatmungspatienten, weist eine ähnliche Struktur, Art und Intensität auf wie die Leistungserbringung in stationären Pflegeeinrichtungen. Aufgrund dieser Ähnlichkeit sollen für die Prüfung dieser besonderen Pflegedienste im Hinblick auf die Ankündigung der Prüfungen und bezüglich des Betretensrechts für den MDK die Vorgaben gelten, die für die Prüfungen der stationären Pflegeeinrichtungen nach § 114a SGB XI anzuwenden sind. Damit sind die Prüfungen für diese besonderen Pflegedienste grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Der MDK darf nach Satz 3 Räume dieser Wohneinheiten, die einem Wohnrecht der Versicherten unterliegen, ohne deren Einwilligung nur betreten, soweit dies zur Verhütung drohender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 GG) wird insoweit eingeschränkt.

Nach Satz 4 erhält der MDK die Befugnis, die Räume des Pflegedienstes zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten zu betreten und die für die Kontrolle erforderlichen Unterlagen einzusehen sowie die personenbezogenen Daten, soweit dies in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 3 festgelegt und für die Prüfungen nach Absatz 1 erforderlich ist, zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dabei sind die Regelungen des § 114a Absatz 3 Satz 5 SGB XI zum Einwilligungserfordernis für die Einsichtnahme und Erhebung personenbezogener Daten der betroffenen Versicherten zu beachten.

Durch Satz 5 wird die Pflicht der Pflegedienste zur Mitwirkung an den Prüfungen konkretisiert. Sie haben dem MDK Zugang zu ihren Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Durchführung der Kontrolle zu schaffen. Die Pflegedienste haben nach Satz 6 hierzu dem MDK auch Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese auf Anforderung dem MDK zu übermitteln.

Soweit es um personenbezogene Daten der Versicherten geht, ist nach Satz 7 das Einwilligungserfordernis nach § 114a Absatz 3 Satz 5 SGB XI zu beachten.

Nach § 114a Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB XI kann der Träger der Pflegeeinrichtung verlangen, dass eine Vereinigung (Trägervereinigung), deren Mitglied er ist, an der Qualitätsprüfung beteiligt wird, soweit die Durchführung der Kontrolle hierdurch voraussichtlich nicht verzögert wird. Mit Satz 7 wird geregelt, dass dies ist auch bei Prüfungen nach Absatz 1 zu beachten ist.

Mit Satz 7 wird der MDK ebenfalls verpflichtet, nach Abschluss der Prüfungen das Prüfergebnis dem Auftraggeber und dem kontrollierten Pflegedienst mitzuteilen (§ 277 Absatz 1 Satz 4). Dies entspricht der Regelung, die auch für die Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a gilt. In schwerwiegenden Fällen systematischer Abrechnungsauffälligkeiten kann das Prüfergebnis über die Krankenkasse auch an die jeweilige Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weitergeleitet werden.

Zu Absatz 3

Um die Erfahrungen der MDK mit der Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Ergebnisse dieser Prüfungen und die Erkenntnisse der MDK zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung in der HKP für den Bericht nach § 114a Absatz 6 SGB XI verwerten zu können, werden die MDK verpflichtet, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) hierüber zu berichten. Mit der entsprechenden Geltung des § 114a Absatz 6 Satz 2 SGB XI wird den MDK vorgegeben, die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten unter Beteiligung des MDS sicherzustellen. Die Erfahrungen und Erkenntnisse des MDK und des MDS sowie die Ergebnisse der Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 sind in den Bericht nach § 114a Absatz 6 SGB XI einzubeziehen.

Zu Nummer 6 (§ 281)

Die neue Aufgabe des MDK zur Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der HKP nach § 275b ist über die mitgliederbezogene Umlage von den Krankenkassen zu finanzieren. Daher ist diese neue Aufgabe in Absatz 1 Satz 1 einzufügen.

Zu Nummer 7 (§ 302)

Bislang war bei der Abrechnung von Leistungen der HKP lediglich der Tag der Leistungserbringung anzugeben. Damit war keine Aussage möglich, wie lange Leistungen der HKP insgesamt bei einem Versicherten während eines Einsatzes des Pflegedienstes erbracht wurden. Die mit dem angefügten Satz 2 vorgegebene zusätzliche Angabe der Zeit des Einsatzes des Pflegedienstes entspricht der Regelung für die Abrechnung ambulanter Pflegeleistungen mit den Pflegekassen nach § 105 SGB XI und ermöglicht es, bereits bei Betrachtung eines Versicherten festzustellen, ob die abgerechneten Leistungen in der anzugebenden Zeit des Einsatzes plausibel erbracht werden können. Fehlerhafte Abrechnungen können daher schneller identifiziert werden. Anzugeben sind nicht die Anfangs- und Endzeiten jeder einzelnen Leistung, sondern die Zeit der Leistungserbringung bezogen auf alle in einem zeitlichen Zusammenhang bei einem Versicherten erbrachten Leistungen des Pflegedienstes.

Die Vorgaben des Satzes 1 insbesondere zum Verfahren der Übermittlung (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern) sowie die Vorgaben der Absätze 2 bis 4 bleiben unberührt und gelten auch für die Übermittlung der zusätzlichen Angabe nach Satz 2.

Da bereits heute viele Pflegedienste auch im Rahmen der Pflegedokumentation oder für die Einsatzplanung des Pflegedienstes die Zeiten ihres Einsatzes bei einem Versicherten erfassen, wird davon ausgegangen, dass der bürokratische Aufwand, den die neue Regelung schafft, bezogen auf den Einzelfall nur sehr gering ist und somit die Pflegezeit nicht real reduziert.

Zu Artikel 14 (Änderung des Pflege-Versicherungsgesetzes)

Die Artikel 49, 49a und 49b zur Weitergeltung von Vergütungen und Pflegesätzen sowie die Übergangsregelungen für die vollstationäre Pflege dienen der Einführungsphase der Pflegeversicherung in den Jahren 1995 bis 1998. Sie sind alle durch Zeitablauf erledigt. Zudem sind durch die neuen §§ 92c bis 92f SGB XI in der Fassung PSG II alle teil- und vollstationären Pflegesatzvereinbarungen ab 1. Januar 2017 in die neue Ausgestaltung mit

Pflegegraden überführt (entweder neu vereinbart oder mittels der Auffangregelung übergeleitet), so dass die Regelungen damit gegenstandslos sind.

Artikel 52a regelt die Einrichtung von Verwahrkonten für die Finanzhilfen des Bundes an die neuen Länder nach Artikel 52, die Verwahrkonten sind jedoch seit dem Jahre 2008 bereits wieder geschlossen.

Alle diese Vorschriften können deshalb aufgehoben werden.

Zu Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistik-Verordnung)

Zu Nummer 1 (§ 2 Absatz 1)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um die Aufnahme des neuen Merkmals vorheriger Wohnort. Für die regionale Planung der Pflegeinfrastruktur ist die regionale Verteilung der Pflegebedürftigen eine wichtige Information. Bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ist neben dem Ort der Pflegeeinrichtung auch der frühere Wohnort (in dem der Pflegebedarf entstanden ist) eine wichtige Planungsinformation, die ergänzend erhoben werden soll. Diese Ergänzung geht auch auf eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zurück.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Änderung der Begrifflichkeiten, die sich aus der Einführung von Pflegegraden im Rahmen des NBA ergeben.

Zu Buchstabe b (§ 2 Absatz 2)

Es handelt sich um die Streichung des Bezugs auf § 123 SGB XI (alte Fassung), da das darin enthaltene Merkmal erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz im NBA nicht mehr festgestellt wird.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Die statistischen Ämter sind darauf angewiesen, unter Nutzung aller Kommunikationswege mit der Ansprechperson in Kontakt zu treten. Die Angaben zu den für Rückfragen zur Verfügung stehenden Personen, die neben deren Namen und Telefonnummern weitere Kontaktdaten enthalten können, sind freiwillig. Der Begriff „Kontaktdaten“ bezeichnet die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mittels der einschlägigen Kommunikationsmedien, z. B. Telefonnummern und E-Mail-Adressen und ist in einem weiten Sinn zu verstehen.

Zu Nummer 3 (§ 7)

Die freiwillige Veröffentlichung von weiteren Kontaktdaten (z. B. E-Mail, Internetadresse) soll den Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Einrichtungsverzeichnisse ermöglicht werden.

Zu Artikel 16 (Änderung des Medizinproduktegesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Als Folgeänderung zu Nummer 4 wird die Überschrift zu § 14 neu gefasst.

Zu Nummer 2 (§ 11)

Mit § 3 Absatz 4 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung wurde die Abgabe der dort bezeichneten In-vitro-Diagnostika umfassend geregelt. Die gesetzliche Sondervorschrift für das Inverkehrbringen von HIV-Tests ist dadurch entbehrlich geworden.

Zu Nummer 3 (§ 13)**Zu Absatz 2**

In der Praxis hat sich gezeigt, dass es im Sinne einer bundeseinheitlichen Regelung und der Schaffung einer einheitlichen Rechtspraxis in Deutschland geboten ist, dass die Benannte Stelle bei Meinungsverschiedenheiten mit einem Hersteller in Abgrenzungsfragen oder bei der Einstufung, ob es sich bei Medizinprodukten der Klasse I um solche mit Messfunktion oder steril in Verkehr gebrachte Medizinprodukte handelt, die Angelegenheit der Bundesoberbehörde zur Entscheidung vorzulegen hat.

Zu Absatz 3

Es wird klargestellt, dass die zuständige Bundesoberbehörde auch um eine zentrale Entscheidung ersucht werden kann, ob es sich um ein Klasse I Medizinprodukt mit Messfunktion (Im) oder ob es sich um ein steril in Verkehr zu bringendes Medizinprodukt (Is) handelt. Die zuständige Bundesoberbehörde kann sich dabei gegebenenfalls von den Experten der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt beraten lassen.

Zu Nummer 4 (§ 14)

Parallel zur Änderung des § 14 erfolgt eine gleichgerichtete Änderung in den entsprechenden Paragraphen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durch ein gesondertes Ordnungsverfahren. Gleichlautend soll einheitlich immer vom Begriffspaar „betreiben und anwenden“ die Rede sein. Damit ist jedoch keine Einschränkung des bisherigen Anwendungsbereichs verbunden. Die Änderung dient lediglich der Anpassung an das Rechtsverständnis der beteiligten Kreise, dass die in der MPBetreibV genannten Tätigkeiten durch „betreiben und anwenden“ grundsätzlich erfasst sind. Zur Klarstellung wird „betreiben und anwenden“ im neuen § 2 Absatz 1 MPBetreibV auch definiert. Unter „betreiben und anwenden“ sind danach insbesondere das Errichten, das Bereithalten, die Instandhaltung und die Aufbereitung von Medizinprodukten sowie sicherheits- und messtechnische Kontrollen zu verstehen.

Zu Nummer 5 (§ 15)**Zu Absatz 1**

Die Neufassung von § 15 erfolgt primär aus Gründen der Praktikabilität. So werden insbesondere Meldewege angepasst. Die bisher vorgesehene Meldung der Benannten Stellen durch die zuständige Behörde an das BMG, das diese wiederum an das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie meldet, ist nicht mehr zeitgemäß. Die zuständige Behörde teilt nunmehr direkt der Europäischen Kommission die Benannten Stellen und deren Aufgabengebiete mit. Der bisherige Satz 4 wird gestrichen, da sich in der Praxis und in Studien gezeigt hat, dass die harmonisierten Normen sich gegenüber den früheren Fassungen geändert und teilweise auch von den Richtlinienanforderungen entfernt haben. Nicht zuletzt der PIP-Brustimplantateskandal hat gezeigt, dass die bisherigen Anforderungen an Benannte Stellen aus Sicht der Medizinproduktesicherheit nicht ausreichend sind. Deshalb hat die Kommission die Durchführungsverordnung (EU) Nr. 920/2013 der Kommission vom 24. September 2013 über die Benennung und Beaufsichtigung benannter Stellen gemäß der Richtlinie 90/385/EWG des Rates über aktive implantierbare medizinische Geräte und der Richtlinie 93/42/EWG des Rates über Medizinprodukte (ABl. L 253 vom 25.9.2013, S. 8) erlassen. Die Anforderungen an die Benannten Stellen werden durch die vorgenannte Durchführungsverordnung durch Annex I und II weiter konkretisiert. Diese Durchführungsverordnung wird als zusätzliche Benennungsvoraussetzung aufgenommen.

Zu Absatz 2

Der Text ist weitgehend unverändert geblieben und wird lediglich redaktionell angepasst. Allerdings wird das Betretungsrecht der für die Benennung zuständigen Behörde auf die Grundstücke der Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung erweitert. Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung sind insbesondere solche, die wesentliche Teile oder das gesamte Produkt für den Hersteller produzieren. Hintergrund ist die in Absatz 1 genannte Durchführungsverordnung sowie die Vorgaben der Empfehlung der Kommission vom 24. September 2013 zu den Audits und Bewertungen, die von benannten Stellen im Bereich der Medizinprodukte durchgeführt werden (ABl. L 253 vom 25.9.2013, S. 27).

Zu den Absätzen 3 und 4

Es handelt sich hierbei um die Übernahme der bisherigen Fassungen mit einer redaktionellen Anpassung von Absatz 4.

Zu Absatz 5

In der Praxis wurden die Anerkennungen von Prüflaboratorien bisher bereits unter Auflagen erteilt und befristet. Daher erfolgt eine normative Klarstellung. Zur Klarstellung wird im Übrigen darauf hingewiesen, dass eine Akkreditierung der Prüflaboratorien durch eine nationale Akkreditierungsstelle im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 (ABl. L 218 vom 13.8.2008, S. 30) im Benennungsverfahren zu berücksichtigen ist.

Zu Nummer 6 (§ 15a)

Zu Buchstabe a

Konformitätsbewertungsstellen sind nunmehr auch mit ihren jeweiligen Aufgaben und ihrer Kennnummer auf der Internetseite der zuständigen Behörde bekannt zu geben.

Zu Buchstabe b

Der bisherige Anzeigeweg wird entbürokratisiert, indem die Anzeige der Konformitätsbewertungsstellen für Drittstaaten direkt an die Europäische Kommission erfolgt.

Zu Nummer 7 (§ 16)

Der bisherige Anzeigeweg wird entbürokratisiert, indem die jeweilige Mitteilung direkt von der zuständigen Behörde an die Europäische Kommission erfolgt.

Zu Nummer 8 (§ 26)

Im Vollzug hat sich gezeigt, dass die entsprechenden Formulierungen in § 64 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes (AMG) hinsichtlich der tatsächlichen Bedürfnisse der Behörden bei der Überwachung in Detailfragen praxisgerechter sind. Es erfolgt insoweit eine weitgehende Anpassung der Formulierungen.

Zu Buchstabe a

Es handelt sich hierbei um eine weitest gehende Anpassung an die Formulierung des § 64 Absatz 4 Nummer 1 AMG mit der Konkretisierung, dass in Geschäftsräumen, Betriebsräumen und Beförderungsmitteln zur Dokumentation bewegte und unbewegte Bildaufzeichnungen angefertigt werden können.

Zu Buchstabe b

Die Streichung ist wegen der Einfügung der Nummer 3a rechtsförmlich erforderlich.

Zu Buchstabe c

In der neuen Nummer 3a werden die Befugnisse im Hinblick auf ein Herausgabeverlangen der Behörden auf bestimmte Unterlagen zusammengefasst. Die Befugnis der Behörden wird, angelehnt an den § 64 Absatz 4 Nummer 2a AMG, diesbezüglich erweitert.

Zu Buchstabe d

Hier erfolgt eine Anpassung an die Formulierung des § 64 Absatz 4 Nummer 3 AMG.

Zu Buchstabe e

Bisher waren die Befugnisse der zuständigen Behörden in den jeweiligen Vorschriften der MPBetreibV geregelt. Nunmehr werden diese, auch durch Streichung der entsprechenden Vorschriften in der MPBetreibV in einem gesonderten Verordnungsvorhaben, im MPG zusammengefasst und abschließend in einer Vorschrift geregelt.

Zu Nummer 9 (§ 31)

Die Änderung des § 31 Absatz 4 bewirkt, dass die Mitteilungen des Medizinprodukteberaters an den Verantwortlichen nach § 5 oder an den Sicherheitsbeauftragten für Medizinprodukte z. B. über Vorkommnisse mit Medizinprodukten auch elektronisch erfolgen können. Bisher war nur die Schriftform vorgesehen. Die Anordnung des Schriftformerfordernisses diente der Perpetuierung der Mitteilungen und sollte den Beteiligten ihren Verantwortungsbereich vor Augen führen (Warnfunktion). Perpetuierung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Erklärung dauerhaft und lesbar erhalten bleibt und auch später noch verwendet bzw. überprüft werden kann. Demnach ist aber allein entscheidend, dass die Mitteilungen fixiert werden. Das Medium für die Mitteilungen ist hingegen als nachrangig anzusehen, da die individuellen Unterschriften der Medizinprodukteberater zu Beweis Zwecken nicht benötigt werden.

Konkret bedeutet die Formulierung „schriftlich oder elektronisch“, dass der betreffende Verfahrensschritt sowohl in der herkömmlichen Schriftform einschließlich ihrer elektronischen Ersatzformen nach § 3a Absatz 2 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) als auch grundsätzlich in der einfachsten elektronischen Variante - z. B. als einfache E-Mail - erfolgen kann. Weiterhin bringt die Regelung zum Ausdruck, dass eine Verschriftlichung, das heißt eine Dokumentation bzw. Fixierung des Verfahrensschritts in Schriftzeichen weiterhin erforderlich ist. Die mündliche bzw. fernmündliche Form wird damit ausgeschlossen. Die Möglichkeit, eine schriftliche Erklärung abzugeben, bleibt natürlich weiterhin bestehen. Eine Verpflichtung zur ausschließlichen Nutzung elektronischer Verfahren wird damit nicht statuiert.

Die Regelung „schriftlich oder elektronisch“ ist technikoffen. Das heißt, sie schließt sowohl die derzeit bekannten und praktikablen elektronischen Verfahren als auch künftige, derzeit unbekannte elektronische Verfahren mit ein.

Zu Nummer 10 (§ 32)

Um sicherzustellen, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die ihm übertragene Aufgabe im Rahmen des neuen § 13 Absatz 4 adäquat bewältigen kann, wird diesem die Möglichkeit eingeräumt, sich von der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt wissenschaftlich beraten zu lassen.

Zu Nummer 11 (§ 42)**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Streichung der Bezugsnorm.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung der elektronischen Form.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die neue Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV) wird aufgenommen. In § 4 Absatz 3 MPAV wird auf § 42 Absatz 2 Nummer 16 verwiesen. Ordnungswidrig handelt nun, wer gegen einen der in § 4 Absatz 3 genannten Tatbestände verstößt.

Zu Buchstabe b

Bußgeldrahmenbeträge sollen nicht nur eine schuldangemessene Sanktionierung von Pflichtverletzungen ermöglichen, sondern auch Signalwirkung haben. Eine derartige Signalwirkung kann nur durch „glatte“ Beträge erreicht werden, die zudem einen geordneten und erkennbaren Abstand zueinander wahren. Für den Bereich der Bußgelddrohungen bedeutet dies, dass Bußgeldrahmenbeträge von 10 000, 20 000, 30 000, 50 000 und 100 000 Euro angewendet werden können.

Um das vorbeschriebene System der Bußgelddrohungen zu erhalten, können (wie auch immer errechnete) Preissteigerungsraten nicht schematisch Jahr für Jahr auf die bestehenden Rahmenbeträge aufgeschlagen werden. Die

Inflationsraten sind allerdings von Bedeutung, wenn es darum geht, dass Geldsanktionen auch über einen längeren Zeitraum nicht an Wirksamkeit verlieren sollen.

Für den vorliegenden Fall des § 42 Absatz 3 ist festzustellen, dass der Bußgeldrahmenbetrag seit dem Jahre 1995, von der Umrechnung auf den Euro abgesehen, nicht geändert wurde. Eine Erhöhung des Betrages von 25 000 Euro auf 30 000 Euro ist daher geboten, nicht zuletzt schon, um den durch die Euro-Umrechnung entstandenen Betrag, der sich nicht in die oben beschriebene Staffelung einreicht, in eine systemkonforme Größe zurückzuführen.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.17 (Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 16 Nummer 2.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 16 Nummer 11 Buchstabe cc. Mit der MPAV wurden die Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV) und die Verordnung über Vertriebswege für Medizinprodukte (MPVertrV) abgelöst. Während die MPVertrV (§ 37 Absatz 3 MPG) in der Aufzählung in der Ermächtigungsgrundlage für Ordnungswidrigkeiten (§ 42 Nummer 16 MPG) enthalten war, fehlte diese Ermächtigung für die MPVerschrV (§ 37 Absatz 2). Um das Abgabeverbot bestimmter Produkte an Laien bzw. die unzulässige Abgabe von einigen IVD überhaupt sanktionieren zu können, musste daher auf die Strafvorschrift des § 41 Nummer 6 zurückgegriffen werden. Durch die jetzt vorgenommene Ergänzung von § 42 Nummer 16 kann jetzt bei einem etwaigen Verstoß auf die in der Sache angemessene Ordnungswidrigkeit zurückgegriffen werden. Das führt auch zu einer redaktionellen Anpassung unter Buchstabe b.

Zu Artikel 18 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten. Die Regelungen treten nach Absatz 1 am 1. Januar 2017 in Kraft.

Abweichend hiervon regelt Absatz 2, dass verschiedene Änderungen, die mit dem Bundesteilhabegesetz verbunden sind, zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Denn durch das Bundesteilhabegesetz werden Rechtsänderungen vorgenommen, die Auswirkungen auch auf das Recht der Pflegeversicherung haben. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Neufassung des SGB IX und die dabei zum 1. Januar 2020 erfolgende Neuausrichtung und Überführung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen aus dem SGB XII in Teil 2 des neuen SGB IX. Die sich daraus ergebenden Folgeänderungen im SGB XI haben zu diesen Rechtsänderungen jeweils zeitgleich in Kraft zu treten, um ein nahtloses Ineinandergreifen der Regelungen zu gewährleisten.

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKRG**Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (NKR-Nr.3728)**

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger		
	Einmaliger Erfüllungsaufwand:	38.400 Euro
		12.000 Stunden
Wirtschaft		
	Einmaliger Erfüllungsaufwand:	100.000 Euro
	Jährlicher Erfüllungsaufwand:	60.000 Euro
Verwaltung		
Bund		
	Einmaliger Erfüllungsaufwand:	2.000 Euro
	Jährlicher Erfüllungsaufwand:	11.000 Euro
Länder		
	Einmaliger Erfüllungsaufwand:	2,89 Mio. Euro
	Jährlicher Erfüllungsaufwand:	14.700 Euro
Sozialversicherungen		
	Einmaliger Erfüllungsaufwand:	
	Jährlicher Erfüllungsaufwand:	2,6 Mio. Euro
		656.000 Euro
„One in one out“-Regel		Im Sinne der OIOO-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein „In“ von rd. 60.000 Euro dar. Dieser Betrag kann durch einen Teil der Entlastungen aus dem Vierten Gesetz zur Änderung arzneimittel-

	rechtlicher Vorschriften kompensiert werden.
Befristung/Evaluierung	Das Initiativrecht kommunaler Stellen für den Abschluss von Vereinbarungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Modellvorhaben zur Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen durch diese sind auf fünf Jahre befristet. Die Modellvorhaben werden begleitend evaluiert um festzustellen, ob sich dadurch die Beratung in den Regionen für die Betroffenen verbessert. Zum 31. Dezember 2023 ist ein Zwischenbericht und spätestens zum 31. Dezember 2025 ein Abschlussbericht zu veröffentlichen.
Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Kosten transparent und nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat macht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend.	

II. Im Einzelnen

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurden die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ausgeweitet und flexibilisiert. Darüber hinaus wurde ein Pflegefonds eingerichtet. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie ein Neues Begutachtungsassessment eingeführt. Somit werden nun alle Pflegebedürftigen gleichberechtigt erfasst, unabhängig davon, ob die Pflegebedürftigkeit kognitiv, psychisch oder körperlich bedingt ist.

Mit dem nun vorliegenden Dritten Pflegestärkungsgesetz sollen die Kommunen, die einen wichtigen Teil zur Versorgung Pflegebedürftiger beitragen, gestärkt werden. So soll ihnen mehr Gestaltungsspielraum insbesondere bei der Beratung vor Ort eingeräumt werden. Ziel ist es, die örtlichen Voraussetzungen so zu verbessern, dass pflegebedürftige Menschen so lang wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld versorgt werden und verbleiben können.

Der Gesetzentwurf orientiert sich dabei sehr eng an den Empfehlungen der Bund-Länder Arbeitsgruppe zur Stärkung der Kommunen in der Pflege, die sowohl gesetzlich als auch untergesetzlich umgesetzt werden sollen.

Die in der Arbeitsgruppe identifizierten Felder betreffen u.a.:

- Sicherstellung der Versorgung vor Ort,
- Effiziente Kooperations- und Koordinierungsstrukturen sowie

- Bessere Verzahnung der kommunalen Beratung im Rahmen der Daseinsvorsorge und im Rahmen der Rolle der Kommunen als Sozialleistungsträger mit den Beratungsangeboten und Beratungsaufgaben der Pflegekassen.

Die Pflegekassen werden darüber hinaus verpflichtet, an regionalen Pflegeausschüssen und sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen mitzuarbeiten, wenn diese von den Ländern eingerichtet werden. Die Pflegeausschüsse können Empfehlungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur abgeben, die dann von den Pflegekassen bei Vertragsverhandlungen einbezogen werden.

Die Kommunen erhalten das Initiativrecht (landesrechtlich), Pflegestützpunkte einzurichten. Darüber hinaus werden Modellvorhaben zur Erprobung neuer Beratungsstrukturen ermöglicht. Mit diesen (maximal 60 Vorhaben sollen durchgeführt werden können) sollen unterschiedliche Modelle zur Verbesserung von Koordinierung und Kooperation bei der Beratung zur Pflegebedürftigkeit und andere Fragen im Umfeld der Pflegebedürftigkeit entwickelt und getestet werden. Die kommunalen Stellen können bis zum 31. Dezember 2021 einen Antrag zur Durchführung von Modellvorhaben stellen. Die Vorhaben selbst sind für eine Laufzeit von fünf Jahren befristet.

Die genannten Ermöglichungen werden mit vorliegendem Gesetzentwurf eingerichtet. Die nähere Ausgestaltung ist auf landesrechtlicher Ebene vorzunehmen.

Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürgern

Einmaliger Erfüllungsaufwand (12.000 Stunden und 38.400 Euro, Fallzahl 24.000)

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein einheitliches Einstufungssystem mit fünf Pflegegraden eingeführt, mit denen der Kreis pflegebedürftiger Menschen erweitert wird. Für die Einstufung sind in erster Linie die Pflegekassen zuständig. In bestimmten Fällen treten neben den Pflegekassen jedoch auch die Träger der Sozialhilfe nachrangig ein. In den Fällen, in denen die Träger der Sozialhilfe in eigener Verantwortung den Pflegegrad ermitteln, entsteht für die Betroffenen Aufwand im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht. Aufgrund der geänderten Anforderungen entsteht in diesem Zusammenhang ein einmaliger Aufwand von ca. 30 Minuten und 1,60 Euro Sachkosten (pro Fall).

Wirtschaft

Einmaliger Erfüllungsaufwand (100.000 Euro)

Für die einheitliche Durchführung der Modellvorhaben soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine Empfehlung beschließen. Hierbei sind die entsprechenden Verbände auf Bundesebene zu beteiligen. Für die Wirtschaft entsteht im Zusammenhang mit der Anhörung ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 5.500 Euro (20 Personen je 8 Stunden).

Darüber hinaus entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand von 96.000 Euro (11 Personen je 16 Stunden) für die Anpassung bestehender Rahmenverträge im Bereich der Pflegeversicherung. Zum Schutz vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt wird zur Klarstellung der Regelungsauftrag für die Pflegeselbstverwaltung in den Landesrahmenverträgen ausdrücklich um Vertragsvoraussetzungen und Vertragserfüllung erweitert.

Jährlicher Erfüllungsaufwand (im Saldo rund 60.000 Euro)

Jährlicher Erfüllungsaufwand entsteht im Wesentlichen durch die neu eingeführte Aufgabe für die Medizinischen Dienste (MDK), in Bezug auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) Prüfungen (Regel- und Anlassprüfungen) durchführen zu können. Dieser Auftrag betrifft nur die Pflegedienste, die bisher nicht unter die Regelprüfung nach § 114 SGB XI fallen, weil sie nur HKP-Leistungen für die Krankenkassen und keine Pflegeleistungen für die Pflegekassen erbringen. Bei der Wirtschaft entsteht der Aufwand für Mitarbeiter der Pflegedienste in Form der Begleitung der Prüfungen (250 Fälle, 160.000 Euro) bzw. Anlassprüfungen 7,5 Fälle, 3.600 Euro).

Des Weiteren entsteht für die vollstationären Pflegeeinrichtungen ein jährlicher Erfüllungsaufwand für die Übermittlung eines zusätzlichen statistischen Merkmals (Postleitzahl des vorherigen Wohnortes). Der Aufwand ist im Einzelfall zwar vernachlässigbar (10 Sek.), führt aufgrund der hohen angenommenen Fallzahl (rund 788.000 Pflegebedürftige) insgesamt jedoch zu Erfüllungsaufwand von 45.000 Euro.

Gleichzeitig entfällt die Pflicht zur Übermittlung des statistischen Merkmals PEA (Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz). Auch hier ist die Entlastung im Einzelfall zwar vernachlässigbar (10 Sek.), führt insgesamt aber aufgrund der hohen Fallzahlen (ambulante Pflegebedürftige rund 1.88 Mio. sowie stationäre Pflegebedürftige rund 788.000) zu einer Entlastung von 153.000 Euro.

Weiterer geringer jährlicher Erfüllungsaufwand (1.100 Euro) entsteht für einen befristeten Zeitraum von fünf Jahren für die Teilnahme an den Sitzungen des Beirats im Zusammenhang mit der Durchführung der Modellvorhaben. Der Beirat setzt sich zusammen aus dem Spitzenverband der Pflegekassen sowie Vertretern der Kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Wissenschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit sowie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Der Beirat soll dem Informationsaustausch zum Stand der Modellvorhaben sowie zu Fragestellungen im Zusammenhang mit der Einhaltung der Vorgaben bei der Übernahme der Beratung dienen.

Verwaltung

Für Länder, Kommunen und Sozialversicherungen entsteht geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Einrichtung eines Beirates sowie für die Teilnahme und Nachbereitung der entsprechenden Sitzungen (Einrichtung 1.600 Euro Pflegekassen, 11.200 Euro Länder, je 624 Euro Bund und Pflegekassen).

Aufgrund des Hinzukommens eines neuen (siehe Darstellung Wirtschaft) sowie Wegfall eines bestehenden statistischen Merkmals entsteht im Saldo ein Aufwand für den Bund von rund 1.500 Euro, den Ländern von rund 15.500 Euro und den Pflegekassen von rund 9.000 Euro.

Länder und Kommunen

Durch die neu eingeführte Aufgabe für die Medizinischen Dienste (MDK) in Bezug auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) Prüfungen (Regel- und Anlassprüfungen) durchzuführen, entsteht dem MDK ein jährlicher Erfüllungsaufwand von insgesamt 655.000 Euro (insgesamt 257,5 Fälle). Diese Kosten werden jedoch über die mitgliederbezogene Umlage von den Krankenkassen finanziert.

Des Weiteren wird ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 2,5 Mio. Euro für die Vorbereitung und Durchführung der Evaluation der Modellvorhaben angesetzt.

Für die Anpassung der bestehenden Rahmenverträge im Bereich der Pflegeversicherung entsteht darüber hinaus auch für die Länder einmaliger Erfüllungsaufwand von 60.000 Euro aufgrund der Erweiterung des Schutzes vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt (6 Personen je 16 Stunden je Bundesland).

Den Ländern und Kommunen werden wie oben dargestellt, Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt. Es steht diesen frei davon Gebrauch zu machen. Zudem erfolgt die nähere Konkretisierung auf landesrechtlicher Ebene, weshalb sich durch diesen Gesetzentwurf kein Erfüllungsaufwand ergibt.

Sozialversicherungen

Entsprechend der Darstellung des Aufwandes für Bürgerinnen und Bürger entsteht auch für die Träger der Sozialhilfe einmaliger Erfüllungsaufwand aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Im Zusammenhang mit der Bearbeitung der Neuzugänge, entsteht Erfüllungsaufwand von 284.000 Euro. Für die technische und organisatorische Umstellung sowie für das Informieren der Leistungsberechtigten aufgrund der Änderung der Leistungsbeträge und Anspruchsvoraussetzungen entsteht ein einmaliger Aufwand von 2.150 Euro.

Für die Vorbereitung und Durchführung der Evaluation der Modellvorhaben wird entsprechend der Darstellung bei den Ländern und Kommunen auch für die Pflegekassen einmaliger Erfüllungsaufwand von 2,5 Mio. Euro angesetzt.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Kosten transparent und nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat macht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend.

Dr. Ludewig

Vorsitzender

Catenhusen

Berichterstatter