

Referentenentwurf

(Stand: 20. Januar 2012)

## **Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung**

**(Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG)**

# Referentenentwurf

(Stand: 20. Januar 2012)

## Referentenentwurf

(Stand: 20. Januar 2012)

### **Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG)**

#### **A. Problem und Ziel**

Heute sind bereits circa 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig. In wenigen Jahrzehnten wird die Zahl auf über 4 Millionen Menschen steigen. Ein hoher Anteil der pflegebedürftigen Menschen ist zugleich an Demenz erkrankt. Gleichzeitig sinkt die Bevölkerungszahl insgesamt, so dass der prozentuale Anteil der pflegebedürftigen Menschen noch schneller ansteigen wird. Dieser Wandel stellt große Herausforderungen an die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und ihre Finanzierung.

#### **B. Lösung**

Es bedarf einer Fortentwicklung der Leistungsangebote der Pflegeversicherung, damit sie den Herausforderungen der Zukunft gerecht werden. Zudem ist ein neues Verständnis darüber erforderlich, wer als pflegebedürftig anzusehen ist und welchen Hilfebedarf insbesondere Demenzkranke haben. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ist mehrstufig umzusetzen. Vor Einführung des neuen Begriffs werden die noch zu klärenden umfassenden Umsetzungsfragen parallel zu diesem Gesetzgebungsverfahren von einem Expertenbeirat bearbeitet und damit die erforderlichen weiteren Schritte vorbereitet.

Im Hinblick darauf, dass Demenzkranke zeitnah konkrete Hilfe brauchen, werden sie ab dem 1. Januar 2013 im Vorgriff auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mehr und bessere Leistungen erhalten. Damit verbunden sind weitere Leistungsverbesserungen von der Aufnahme der Betreuungsleistungen in den Sachleistungsanspruch, der Flexibilisierung der Inanspruchnahme, der Betreuung in Wohngruppen über bessere Beratung bis hin zur Entlastung von Angehörigen.

Daneben sollen die Finanzierungsgrundlagen für die Pflege angepasst werden. Aufgabe einer Finanzierungsreform ist es, neben der kurzfristig wirksamen Beitragssatzerhöhung um 0,1 Beitragssatzpunkte unter Berücksichtigung der künftigen Beitragsentwicklung und der künftigen Leistungsentwicklung zu einer ausgewogeneren Belastung der Generationen zu kommen.

Es ist daher eine zusätzliche, aus Steuermitteln geförderte private Eigenvorsorge geplant. Das bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.

### **C. Alternativen**

Keine.

### **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

#### **1. Bund, Länder und Gemeinden**

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen im Jahr 2012 Mehrausgaben von rund 2 Millionen Euro und für das Jahr 2013 von rund 33 Millionen Euro. Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem 1. Januar 2013 mit rund 35 Millionen Euro jährlich belastet. Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte führt zu geringen Steuermindereinnahmen von etwa 1 Million Euro. Für die Sozialhilfeträger ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge und die Förderung von Wohngruppen Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht, die allerdings nicht exakt quantifizierbar sind. Für die Länder oder die jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften können sich aus einer Erhöhung der von der Pflegeversicherung hälftig kofinanzierten Fördermittel im Bereich der Selbsthilfe Mehrausgaben von bis zu 8 Millionen Euro ergeben, wenn sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

#### **2. Soziale Pflegeversicherung**

Die Anhebung des Beitragssatzes ab dem 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte führt im Jahr 2013 zu Mehreinnahmen von rund 1,1 Milliarden Euro in der sozialen Pflegeversicherung. In den Folgejahren ergeben sich jeweils Mehreinnahmen von rund 1,2 Milliarden Euro jährlich.

Die gleichzeitige Gewährung von hälftigem Pflegegeld bei Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege, die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, die Ermöglichung einer gleichzeitigen Kurzzeitpflege in der Nähe während der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige, die Bereitstellung von Finanzmitteln für Selbsthilfegruppen, die Addition von Pflegezeiten bei der Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen sowie die Abschaffung der Eigenbeteiligung bei Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung führen im Jahr

2012 zu Mehrausgaben von rund 55 Millionen Euro. Im Jahr 2013 ergeben sich infolge der zum Jahresanfang einsetzenden Gewährung von zusätzlichen Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, der Einbeziehung von Betreuungsleistungen in den ambulanten Pflegesachleistungsanspruch und der Erstreckung der Regelung für die zusätzlichen Betreuungskräfte auf Einrichtungen der teilstationären Pflege Mehrausgaben von rund 1,09 Milliarden Euro. Bis 2015 steigen die jährlichen Mehrausgaben auf circa 1,45 Milliarden Euro.

Mit der Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte können die Leistungsverbesserungen bis in das Jahr 2015 hinein finanziert werden.

### **3. Gesetzliche Rentenversicherung**

Die erleichterte Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige führt in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2012 zu Mehrausgaben in Höhe von rund 20 Millionen Euro. Bei steigendem Inanspruchnahmeverhalten können die Mehrausgaben im Laufe der Jahre steigen. Den Mehrausgaben stehen Minderausgaben infolge vermiedener oder verzögerter Frühverrentung gegenüber.

### **4. Gesetzliche Krankenversicherung**

Die erleichterte Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige führt in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2012 zu Mehrausgaben in Höhe von rund 10 Millionen Euro. Bei steigendem Inanspruchnahmeverhalten können die Mehrausgaben im Laufe der Jahre steigen. Den Mehrausgaben stehen Minderausgaben aufgrund der verbesserten gesundheitlichen Situation der pflegenden Angehörigen gegenüber. Kommt es im Zuge der verbesserten Information der Pflegebedürftigen über Rehabilitationsmaßnahmen zu einem Anstieg der durchgeführten Maßnahmen bei Pflegebedürftigen, werden die entstehenden Kosten durch Rehabilitationserfolge in Zukunft in etwa kompensiert.

Durch die vorgesehenen Zuschläge zur kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen entstehen den gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere aufgrund der Förderung einer kontinuierlichen Besuchstätigkeit für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, jährliche Mehraufwendungen von insgesamt rund 77 Millionen Euro. Diesen Mehraufwendungen stehen höhere Einsparungen durch verringerte Kosten in Folge vermeidbarer Krankenhauseinweisungen und Krankentransporte gegenüber.

Durch zusätzliche Vergütungen für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in Höhe von circa 3 Millionen Euro, denen nicht quantifizierbare Einsparungen durch eine Verbesserung der Mundgesundheit, die Stärkung der Prophylaxe und Zahnerhaltung sowie die Vermeidung von Komplikationen bei pflegebedürftigen Menschen gegenüberstehen.

#### **E. Erfüllungsaufwand**

*Der Erfüllungsaufwand wird noch im Laufe des Verfahrens ermittelt.*

#### **F. Weitere Kosten**

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen Änderungen im Jahr 2012 Mehraufwendungen von rund 2 Millionen Euro und für das Jahr 2013 von rund 33 Millionen Euro.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aus der Anhebung des Beitragssatzes beträgt etwa 325 Millionen Euro im Jahr 2013. Dem steht eine stärkere Entlastung aus der Senkung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Rentenversicherung gegenüber.

Wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen der Reformmaßnahmen ergeben sich keine Auswirkungen auf das Verbraucherpreisniveau.

## **Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG)**

**Vom ...**

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

### **Artikel 1**

#### **Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe zu § 7a wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 7b Beratungsgutscheine“

b) Nach der Angabe zu § 18 wird folgende Angabe eingefügt:

„§18a Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren“

c) Nach der Angabe zu § 38 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen“

d) Nach der Angabe zu § 45d werden folgende Angaben eingefügt:

„Sechster Abschnitt  
Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen  
§ 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen  
§ 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen“

- e) Nach der Angabe zu § 53a wird folgende Angabe eingefügt:  
  
„§ 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“
  - f) Die Angabe zu § 75 wird wie folgt gefasst:  
  
„§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen“
  - g) Nach der Angabe zu § 97c wird folgende Angabe eingefügt:  
  
„§ 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter“
  - h) Nach der Angabe zu § 117 wird folgende Angabe eingefügt:  
  
„§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen“
  - i) Nach der Angabe zu § 122 wird folgende Angabe eingefügt:  
  
„§ 123 Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz als Übergangsregelung“
2. In § 4 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Grundpflege“ ein Komma und das Wort „Betreuung“ eingefügt.
3. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 1 werden das Wort „und“ nach dem Wort „unterrichten“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „beraten“ die Wörter „und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18 Absatz 1 und 6 besteht“ eingefügt.
  - b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „und Betreuung“ eingefügt sowie das Wort „soll“ durch das Wort „sollen“ ersetzt.

4. Nach § 7a wird folgender § 7b eingefügt:

**„§ 7b  
Beratungsgutscheine**

(1) Zur Sicherstellung möglichst frühzeitiger Beratung nach den §§ 7 und 7a hat die Pflegekasse unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch dem Antragsteller entweder

1. einen konkreten Beratungstermin spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang unter Angabe einer Kontaktperson anzubieten oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen der Beratungsgutschein zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen eingelöst werden kann.

Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden; hierüber hat ihn die Pflegekasse aufzuklären.

(2) Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Anforderungen an die Beratungsleistungen nach den §§ 7 und 7a durch die Beratungsstellen eingehalten werden. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen, die insbesondere

1. die Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen,
2. Haftungsfragen und
3. die Vergütung

regeln.

(3) Mit der Wahrnehmung von Beratungsaufgaben im Sinne der §§ 7 und 7a befasste Stellen nach Absatz 1 Nummer 2 dürfen Sozialdaten für Zwecke der Beratung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.“

5. In § 12 Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Grundpflege“ ein Komma und das Wort „Betreuung“ eingefügt.

6. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen“ durch die Wörter „beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden das Wort „hat“ durch das Wort „haben“ ersetzt und nach den Wörtern „Medizinische Dienst“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „hat“ durch die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt.

bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflege-

kasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten.“

cc) In Satz 7 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienstes“ die Wörter „oder der beauftragten Gutachter“ eingefügt.

dd) Folgende Sätze werden angefügt:

„Der Antragsteller hat ein Recht auf die gleichzeitige Übermittlung des Gutachtens. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.“

d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jeden Tag Verzögerung 10 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn und soweit die Verzögerung von dem Antragsteller, seinen Angehörigen, Ärzten oder sonstigen Personen, die ihm zuzurechnen sind, zu vertreten ist oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen.“

e) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „soll“ durch die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen“ ersetzt.

f) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienst“ die Wörter „oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern“ eingefügt.

g) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort „hat“ durch die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben“ und das Wort „seiner“ durch das Wort „ihrer“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden das Wort „seiner“ durch das Wort „ihrer“ und das Wort „hat“ durch das Wort „haben“ ersetzt sowie nach den Wörtern „Medizinische Dienst“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt.

cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren.“

h) Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.“

i) Folgende Absätze 8 und 9 werden angefügt:

„(8) Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zu und nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber in Kenntnis zu setzen, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt.

(9) Die Pflegekassen berichten für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu werden insbesondere

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten Gutachter für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
2. die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches,
3. die Anzahl der genehmigten und abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger sowie die Anzahl der Widersprüche und

4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen

gemeldet. Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit weiter. Der Verband hat die aufbereiteten Daten der landesunmittelbaren Versicherungsträger auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen auf Verlangen zuzuleiten. Näheres über das Meldeverfahren und die Inhalte entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht auf Basis der gemeldeten Daten nach Satz 2 sowie sonstiger Erkenntnisse jährlich einen Bericht nach Satz 1 bis zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.“

7. Nach § 18 wird folgender § 18a eingefügt:

**„§ 18a**

**Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, bis zum 31. März 2013 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für alle Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien. Die Richtlinien regeln insbesondere

1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für die Gutachter und die anderen Mitarbeiter der Medizinischen Dienste,
2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,
3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und
4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen.

Die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind zu betei-

gen. Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

8. In § 19 Satz 2 werden nach dem Wort „Person“ die Wörter „oder mehrere pflegebedürftige Personen“ eingefügt.
9. In § 23 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 14 Absatz 1 und 5 der Beihilfевorschriften des Bundes“ durch die Angabe „§ 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfевverordnung“ ersetzt.
10. In § 27 Satz 3 wird die Angabe „§ 5 Absatz 10 des Fünften Buches“ durch die Angabe „§ 5 Absatz 9 des Fünften Buches“ ersetzt.
11. § 28 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 5 werden die Wörter „technische Hilfen“ durch die Wörter „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.
    - bb) In Nummer 14 werden der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 15 angefügt:

„15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a).“
  - b) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Bis zum Erreichen des in § 45e Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den näheren Voraussetzungen des § 45e Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulanten Wohngruppen.“
  - c) Dem Absatz 1b wird folgender Satz angefügt:

„Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines ent-

sprechenden Begutachtungsverfahrens Anspruch auf verbesserte Pflegeleistungen (§ 123).“

12. In § 34 Absatz 3 wird die Angabe „nach § 44“ durch die Wörter „nach den §§ 44 und 44a“ ersetzt.

13. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Grundpflege“ ein Komma und die Wörter „häusliche Betreuung“ eingefügt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „Pflegekräfte“ durch das Wort „Kräfte“ ersetzt.

cc) In Satz 7 werden die Wörter „nach Satz 5“ gestrichen.

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

„(1a) Kräfte, mit denen Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1a abgeschlossen haben, erbringen ebenfalls häusliche Pflegehilfe als Sachleistung. Soweit die jeweilige Pflegekasse, bei der der Pflegebedürftige versichert ist, selbst keine gesonderte vertragliche Vereinbarung mit der betreffenden Kraft, die die häusliche Pflege, häusliche Betreuung oder hauswirtschaftliche Versorgung des Pflegebedürftigen vornimmt, geschlossen hat, hat der Pflegebedürftige, sobald er dies angezeigt hat, im Rahmen der Leistungsbeträge nach Absatz 3 und 4 einen Anspruch auf Kostenerstattung bis zur Höhe der von einer anderen Pflegekasse vereinbarten Vergütung.“

c) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Häusliche Betreuung umfasst sonstige Hilfen, Unterstützung und Beaufsichtigung im häuslichen Umfeld durch eine anwesende Person, einschließlich Hilfen zur Orientierung und Hilfen zur Gestaltung des Alltags und sozialer Kontakte, soweit sie nicht in die Zuständigkeit eines anderen Sozialleistungsträgers fallen.“

14. Nach § 37 Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

15. Dem § 38 wird folgender Satz angefügt:

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

16. Nach § 38 wird folgender § 38a eingefügt:

**„§ 38a  
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten  
Wohngruppen**

(1) Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, die Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 beziehen, haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, wenn in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Präsenzkraft tätig ist und wenn es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen zum Zwecke der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung oder einem Haus mit häuslicher pflegerischer Versorgung handelt, dem heimrechtliche Vorschriften nicht entgegenstehen. Ein Anspruch nach Satz 1 besteht nur, wenn die ambulant betreute Wohngruppe von ihrer Zielsetzung her nicht auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

(2) Keine ambulante Versorgungsform im Sinne von Absatz 1 liegt vor, wenn die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt ist. Die von der Gemeinschaft unabhängig getroffenen Regelungen und Absprachen sind keine tatsächlichen Einschränkungen in diesem Sinne.“

17. § 40 Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.

18. Dem § 41 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) In Fällen, in denen Pflegebedürftige ambulante Pflegesachleistungen und Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nehmen, sind die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen vorrangig vor den Vergütungen für Tages- oder Nachtpflege abzurechnen und zu bezahlen.“

19. Dem § 42 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.“

20. § 45d wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Angabe „1.“ sowie die Wörter „, und 2. von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Dem Wortlaut des Satzes 1 werden folgende Sätze vorangestellt:

„Je Versicherten werden 0,10 Euro je Kalenderjahr verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. Dabei werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet.“

bb) In den bisherigen Sätzen 1, 2 und 3 werden jeweils die Wörter „im Sinne von Absatz 1“ und in dem bisherigen Satz 2 zudem die Wörter „nach Satz 1“ gestrichen.

21. Nach § 45d wird folgender Sechster Abschnitt eingefügt:

**„Sechster Abschnitt  
Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen**

**§ 45e**

**Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen**

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulanten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Entsprechendes gilt für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(2) Die Pflegekassen zahlen bei Nachweis der Gründung einer Wohngruppe den Förderbetrag aus. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. Näheres über die Voraussetzungen und das Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

**§ 45f**

**Weiterentwicklung neuer Wohnformen**

Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen werden zusätzlich 15 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Dabei sind insbesondere solche Konzepte einzubeziehen, die es alternativ zu stationären Einrichtungen ermöglichen, außerhalb der vollstationären Betreuung bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten. Einrichtungen, die vorher aus diesem Grund eine Modellförderung, insbesondere nach § 8 Absatz 3, erfahren haben, sind ausgenommen. § 8 Absatz 3 gilt entsprechend.“

22. § 46 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz werden nach den Wörtern „§ 7a Absatz 4 Satz 5“ die Wörter „und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18 Absatz 3a“ eingefügt.
- b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „und deren Arbeitsgemeinschaften“ eingefügt.
  - bb) In Satz 3 werden nach den Wörtern „bundesunmittelbaren Pflegekassen“ und „landesunmittelbaren Pflegekassen“ jeweils die Wörter „und deren Arbeitsgemeinschaften“ eingefügt.
  - cc) In Satz 5 werden nach dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „und deren Arbeitsgemeinschaften“ eingefügt.

23. Dem § 52 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Landesverbände haben insbesondere den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen.“

24. In § 53a Satz 1 Nummer 4 werden nach dem Wort „Qualitätsprüfungen“ die Wörter „und zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen“ eingefügt.

25. Nach § 53a wird folgender § 53b eingefügt:

#### **„§ 53b**

##### **Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt bis zum 31. März 2013 mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Richtlinien sind für die Pflegekassen verbindlich. Sie stellen die Einheitlichkeit der Begutachtung bei der Beauftragung anderer Gutachter durch die Pflegekassen

sicher. Die Richtlinien regeln insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation und die Unabhängigkeit der Gutachter, das Verfahren, mit dem sichergestellt wird, dass die von den Pflegekassen beauftragten unabhängigen Gutachter bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung anlegen, die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren und die Einbeziehung der Gutachten der von den Pflegekassen beauftragten Gutachter in das Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste. Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

26. § 55 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „1,95 vom Hundert“ durch die Angabe „2,05 vom Hundert“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen, die Mitglied einer landwirtschaftlichen Krankenkasse sind, wird der Beitrag abweichend von den Absätzen 1 bis 3 in Form eines Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, erhoben. Die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes nach Absatz 1 Satz 1 zu dem allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches. Sind die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach Absatz 3 erfüllt, erhöht sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose nach Absatz 3 Satz 1 zu dem Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1.“

27. § 57 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für die Beitragsbemessung der in § 20 Absatz 1 Nummer 3 genannten Altenteiler gilt § 45 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.“

28. § 71 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „pflegen“ ein Komma und das Wort „betreuen“ eingefügt.

- b) In Absatz 2 Nummer 2 werden jeweils die Wörter „nur“ gestrichen.
- c) In Absatz 3 werden in den Sätzen 1 bis 3 jeweils das Wort „fünf“ durch das Wort „acht“ ersetzt sowie die Sätze 4 und 5 aufgehoben.
- d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Für ambulante Dienste, die insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung erbringen, sind die Vorschriften für Pflegedienste entsprechend anzuwenden, wenn sie an Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als verantwortliche Kraft einsetzen; Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend. Durch entsprechende Bezeichnungen der Dienste ist dies kenntlich zu machen.“

29. § 72 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Pflege“ die Wörter „und Betreuung“ eingefügt.
- bb) In Satz 2 werden die Wörter „allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Absatz 4)“ durch die Wörter „Pflege- und Betreuungsleistungen (§ 4 Absatz 1)“ ersetzt.

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „örtlich und“ durch die Wörter „vor Ort“ ersetzt.
- bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für ambulante Dienste nach § 71 Absatz 3a können Versorgungsverträge nur mit Wirkung frühestens ab dem 1. Januar 2013 abgeschlossen werden.“

- c) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „und Betreuung“ und nach dem Wort „zahlen“ ein Komma sowie die Wörter „soweit diese nicht von der Mindestlohnregelung entsprechend dem Gesetz über zwingende Ar-

beitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen erfasst sind“ eingefügt.

- d) In Absatz 4 werden in den Sätzen 1 und 2 jeweils nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „und Betreuung“ eingefügt .

30. § 75 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter „über die pflegerische Versorgung“ gestrichen.
- b) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „und Betreuung“ eingefügt.
- c) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Pflegeleistungen“ die Wörter „einschließlich der Abgrenzung von häuslicher Betreuung zu anderen Leistungen nach diesem Buch“ eingefügt.
  - bb) In Nummer 8 wird das Wort „Pflegeleistungen“ durch das Wort „Leistungen“ ersetzt.
- d) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Vereinigungen der Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam Rahmenvereinbarungen zu Art, Inhalt und Umfang häuslicher Betreuung.“

31. § 77 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 der häuslichen Betreuung soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen;“

bb) In Satz 2 zweiter Halbsatz wird das Wort „Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „häusliche Betreuung“ ersetzt.

cc) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben.“

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

„(1a) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 der häuslichen Betreuung soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Kräften schließen, wenn dadurch Wohnen in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a) ermöglicht oder erleichtert wird; Absatz 1 gilt entsprechend.“

32. In § 78 Absatz 2 werden Satz 1 aufgehoben und in dem bisherigen Satz 2 das Wort „Er“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

33. In § 81 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „einschließlich der See-Krankenkasse“ gestrichen.

34. Dem § 84 Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Pflegeeinrichtungen können für ehrenamtliche Unterstützung den ehrenamtlich tätigen Personen (§ 82b) Aufwandsentschädigungen zahlen, soweit sie durch diese von allgemeinen Pflegeleistungen entlastet werden. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Absatz 3 ist entsprechend zu ergänzen.“

35. Nach § 87 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Entgelte für Verpflegung dürfen nur für Tage berechnet werden, an denen Verpflegung in Anspruch genommen wurde.“

36. In § 87a Absatz 1 Satz 7 werden die Wörter „und Verpflegung“ gestrichen.

37. § 87b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Vollstationäre“ durch das Wort „Stationäre“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden.“ ersetzt.

38. § 89 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „ambulanten Pflegeleistungen“ durch die Wörter „pflegerischen und betreuenden Leistungen (ambulante Pflegeleistungen)“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Die Vergütungen sind mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung zu bemessen;“

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Betreuungsleistungen nach § 36 Absatz 1“ durch die Wörter „Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.

39. In § 91 Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „pflegebedingten Aufwendungen“ die Wörter „und die Aufwendungen für häusliche Betreuung“ eingefügt.

40. In § 94 Absatz 1 Nummer 8 werden nach der Angabe „(§ 7a)“ ein Komma und die Angabe „Beratungsgutscheine (§ 7b)“ eingefügt.

41. Nach § 97c wird folgender § 97d eingefügt:

**„§ 97d**

**Begutachtung durch unabhängige Gutachter**

(1) Von den Pflegekassen gemäß § 18 Absatz 1 Satz 1 beauftragte unabhängige Gutachter sind berechtigt, für Zwecke der Begutachtung im Sinne des § 18 personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. Sie dürfen die Daten an die sie beauftragende Pflegekasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekasse erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln.

(2) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. § 107 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

42. Dem § 105 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 302 Absatz 2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

43. In § 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 werden nach dem Wort „Geschlecht“ ein Komma und das Wort „Geburtsjahr“ sowie nach dem Wort „Umschulung“ ein Komma und die Wörter „Art der Ausbildung und Ausbildungsjahr“ eingefügt.

44. § 113 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats.“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. März 2009“ durch die Wörter „innerhalb von sechs Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat,“ ersetzt.

45. § 114 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind ab dem 1. Januar 2013 verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung zu informie-

ren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Die Auskunftspflicht bezieht sich insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze sowie den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken. Änderungen hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung sind den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von vier Wochen zu melden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn die Prüfungen nicht länger als neun Monate zurückliegen, die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist. Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.“

c) Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Kosten im Sinne der Sätze 2 und 3 sind nur zusätzliche, tatsächlich bei der Wiederholungsprüfung angefallene Aufwendungen, nicht aber Verwaltungs- oder Vorhaltekosten, die auch ohne Wiederholungsprüfung angefallen wären. Pauschalen oder Durchschnittswerte können nicht angesetzt werden.“

46. Nach § 114a Absatz 1 Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Wenn organisatorische Gründe es erfordern, soll die Qualitätsprüfung in ambulanten Pflegeeinrichtungen kurzfristig angekündigt werden. Die Gründe sind den Landesverbänden der Pflegekasse mit dem Prüfbericht schriftlich mitzuteilen.“

47. § 115 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass

1. die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, sowie
2. ab dem 1. Januar 2013 die Informationen vollstationärer Einrichtungen über Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung gemäß § 114 Absatz 1

für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden.“

b) In Satz 5 werden nach dem Wort „Prüfergebnisse“ die Wörter „und die Information hinsichtlich der Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung“ eingefügt.

c) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Informationen nach Satz 1 Nummer 2 über die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung sind im Zusammenhang mit dem Transparenzbericht zu veröffentlichen.“

48. § 117 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 werden vor dem Wort „gegenseitige“ das Wort „regelmäßige“ eingefügt und in Nummer 2 das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen.“ ersetzt.

- b) Dem Wortlaut des Absatzes 2 werden folgende Sätze vorangestellt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. können mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden ein Modellvorhaben mit dem Ziel einer einheitlichen Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften vereinbaren. Von den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 und den nach § 115 Absatz 1a Satz 6 bundesweit getroffenen Vereinbarungen kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden.“

49. Nach § 117 wird folgender § 118 eingefügt:

### **„§ 118**

#### **Beteiligung von Interessenvertretungen**

(1) Bei Erarbeitung oder Änderung der in den §§ 17 Absatz 1, 18a, 45a Absatz 2 Satz 3, 45b Absatz 1 Satz 4 und 114a Absatz 7 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie der Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner nach den §§ 113 Absatz 1, 113a Absatz 1 und 115 Absatz 1a wirken auf Bundesebene maßgebliche Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 2 beratend mit. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zu den Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, sowie zum Verfahren der Beteiligung zu regeln.“

50. § 120 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „zu pflegen“ ein Komma und die Wörter „zu betreuen“ eingefügt.

b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 und 3 durch folgenden Satz ersetzt:

„Der Pflegevertrag ist jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündbar.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jede Komplexleistung gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt. Diese Gegenüberstellung hat in der Regel schriftlich zu erfolgen. Auf dieser Grundlage entscheidet der Pflegebedürftige über die Vergütungsform. In dem Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren.“

51. § 122 wird folgender § 123 angefügt:

### **„§ 123**

#### **Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz als Übergangsregelung**

(1) Bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens haben Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, neben den Leistungen nach § 45b Ansprüche auf Pflegeleistungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf

1. Pflegegeld nach § 37 in Höhe von 120 Euro oder
2. Pflegesachleistungen nach § 36 in Höhe von bis zu 225 Euro oder
3. Kombinationsleistungen aus den Nummern 1 und 2 (§ 38)

sowie neben den Ansprüchen nach den Nummern 1 bis 3 Ansprüche nach den §§ 39 und 40.

(3) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich die Leistungen wie folgt:

1. Das Pflegegeld nach § 37 erhöht sich um 70 Euro auf 305 Euro.
2. Die Pflegesachleistungen nach § 36 erhöhen sich um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.

(4) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich die Leistungen wie folgt:

1. Das Pflegegeld nach § 37 erhöht sich um 85 Euro auf 525 Euro.
2. Die Pflegesachleistungen nach § 36 erhöhen sich um 150 Euro auf bis zu 1 250 Euro.“

## **Artikel 2**

### **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

1. In § 23 Absatz 5 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger.“ ersetzt.
2. In § 40 Absatz 3 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger.“ ersetzt.
3. Nach § 87 Absatz 2i wird folgender Absatz 2j eingefügt:

„(2j) Für Leistungen, die im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche, in der Bewertung über Absatz 2i Satz 1 hinausgehende, Leistung vorzusehen. Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Leistung ist die Einhaltung der in der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 festgelegten Anforderungen. Die Leistung nach Absatz 2i Satz 1 ist in diesen Fällen nicht berechnungsfähig. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

4. In § 87a Absatz 2 Satz 3 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; nach Abschluss der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 können Zuschläge auch zur Förderung der koordinierten kooperativen ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Absatz 1 Satz 1 vereinbart werden.“ ersetzt.

5. § 92 Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- b) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA).“

6. § 119b wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und in Satz 2 wird das Wort „anzustreben“ durch die Wörter „zu vermitteln“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 vereinbaren im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung bis spätestens 30. September 2013 Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.“

### **Artikel 3**

#### **Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch**

In § 9 Absatz 2 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; der Träger der Rentenversicherung berücksichtigt bei seiner Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger.“ ersetzt.

### **Artikel 4**

#### **Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe i, Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe b, Nummer 5, Nummer 11 Buchstabe c, Nummer 13, Nummer 26 Buchstabe a, Nummer 28 Buchstabe a, Nummer 29 Buchstaben a, c und d, Nummer 31 Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb, Nummer 37 Buchstabe a, Nummer 38 Buchstaben a und b, Doppelbuchstabe bb, Nummer 39, Nummer 50 und Nummer 51 treten am 1. Januar 2013 in Kraft.

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Ziele und Handlungsbedarf**

Die Altersstruktur der Gesellschaft verändert sich in den nächsten Jahrzehnten grundlegend. Es wird immer mehr ältere und hochbetagte Menschen geben. Pflege ist typischerweise ein Alters- und insbesondere ein Hochaltersrisiko. Heute sind bereits circa 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig. In wenigen Jahrzehnten wird die Zahl auf über 4 Millionen Menschen steigen. Gleichzeitig sinkt die Bevölkerungszahl insgesamt, so dass der prozentuale Anteil der pflegebedürftigen Menschen noch schneller ansteigen wird. Dieser Wandel stellt große Herausforderungen an die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und Betreuung sowie ihre Finanzierung.

Ein hoher Anteil der pflegebedürftigen Menschen ist zugleich an Demenz erkrankt. Derzeitigen Erhebungen zufolge sind das mindestens 1,2 Millionen Pflegebedürftige. Auch ihre Zahl wird deutlich ansteigen. Als die Pflegeversicherung 1995 eingeführt wurde, ist die Situation Demenzkranker auch aufgrund ihrer zum damaligen Zeitpunkt noch geringen Häufigkeit nicht mit eigenständigen Leistungsangeboten berücksichtigt worden. Tatsächlich benötigen Demenzkranke neben grundpflegerischen Angeboten vor allem Betreuungsleistungen.

Der demografische Wandel wird auch dazu führen, dass die Zahl der erwerbsfähigen Menschen und damit das Potenzial der für die Versorgung notwendigen Pflegekräfte sinkt. Es ist deshalb erforderlich, einen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der pflegerischen Berufe zu leisten. Ein Großteil der in diesem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen dient auch dieser Zielsetzung.

Die Pflegeversicherung ist ein Teilleistungssystem, das Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen hilft und sie unterstützt, die schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe der pflegerischen Versorgung zu bewältigen. Der Erhalt der Pflegebereitschaft von Angehörigen und von dem Pflegebedürftigen nahestehenden Personen sowie ihre Entlastung sind eine zentrale Aufgabe der Pflegeversicherung.

Die zukünftigen Herausforderungen der Pflegeversicherung bedürfen einer soliden Finanzierung. Die umlagefinanzierte Sozialversicherung ist auf ein ausgewogenes Verhältnis der Generationen angewiesen. Im demografischen Wandel mit einer sinkenden Kin-

derzahl steigt die von den nachwachsenden Generationen zu übernehmende Finanzierungsbelastung.

Zudem ist ein neues Verständnis darüber erforderlich, wer als pflegebedürftig anzusehen ist und welchen Hilfebedarf insbesondere Demenzerkrankte haben. Dahinter verbirgt sich ein gesellschaftlicher Orientierungswechsel, was unter Pflege zu verstehen ist, wie die Pflege in die Gesellschaft eingebunden ist und wie insbesondere der besondere, in der Regel betreuungsorientiert und weniger grundpflegerisch ausgerichtete Bedarf von Demenzerkrankten zu berücksichtigen ist. Mit diesem Gesetz wird dieser sich über einen längeren Zeitraum erstreckende Orientierungswechsel eingeleitet.

Im Hinblick auf den unmittelbar bestehenden Hilfebedarf demenziell erkrankter Menschen werden diese ab dem 1. Januar 2013 bis zum Wirksamwerden eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mehr und bessere Leistungen erhalten.

Außerdem sind weitere umfassende Leistungsverbesserungen von der Aufnahme der häuslichen Betreuungsleistungen in den Sachleistungsanspruch, der Flexibilisierung der Inanspruchnahme, der Betreuung in Wohngruppen über bessere Beratung bis hin zur Entlastung von Angehörigen vorgesehen.

Die verbesserten Leistungen für die Pflegebedürftigen und die Angehörigen machen eine Erhöhung des Beitragssatzes zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte erforderlich. Zudem wird im Sinne der langfristigen Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung und im Hinblick auf die in einem Teilleistungssystem notwendige Eigenvorsorge die Umlagefinanzierung durch eine aus Steuermitteln finanzierte Förderung eines generationengerechten Ausbaus einer kapitalgedeckten Pflegevorsorge ergänzt. Das bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.

## **II. Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes**

Schwerpunkte des Gesetzes betreffen vor allem folgende Bereiche:

### **1. Leistungsverbesserung für demenziell erkrankte Menschen**

Über die Notwendigkeit eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besteht ein breiter Konsens. Die heutige, stark verrichtungsbezogene Beurteilung, welcher Pflegestufe ein Hilfebedürftiger zuzuordnen ist, wird der konkreten Lebenssituation vieler Pflegebedürftiger nicht ausreichend gerecht. Deshalb ist eine neue Definition der Pflegebedürftigkeit, die insbesondere die Situation von Menschen mit eingeschränkter

Alltagskompetenz, wie zum Beispiel bei Demenz, besser erfasst, notwendig.

Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat dazu bereits wesentliche Vorarbeiten geleistet. Allerdings bedarf die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch aufgrund einer Vielzahl von technischen Fragen eines längeren Umsetzungsprozesses.

Offene Fragen, die mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens zusammenhängen, sind schnellstmöglich zu klären und ein Zeitplan für erforderliche Umsetzungsschritte zu erstellen. Die Arbeiten zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sollen zügig abgeschlossen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird durch einen Expertenbeirat die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs fachlich fundiert vorbereiten lassen. Dabei soll auf den Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen abgestellt werden.

Um für demenziell erkrankte Menschen, die zu Hause betreut werden, im Vorgriff auf eine neue Einstufung nach einem überarbeiteten Pflegebedürftigkeitsbegriff bereits zeitnah Verbesserungen herbeizuführen, erhalten Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegestufen 1 und 2 jeweils einen Aufschlag. Versicherte der so genannten Pflegestufe 0 können zusätzlich zu den niedrighschwelligen Angeboten nach § 45b Pflegegeld oder Pflegesachleistungen erhalten.

Darüber hinaus wird die Versorgung der Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege durch die Möglichkeit verbessert, auch in diesen Einrichtungen zu Lasten der Pflegeversicherung zusätzliche Betreuungskräfte einzusetzen. Die Ausweitung zusätzlicher Betreuung auf den teilstationären Bereich ist ein weiterer Beitrag zur Entlastung von pflegenden Personen und zugleich mit einer Stärkung der ambulanten Versorgung verbunden.

## 2. Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich künftig flexibler als bisher gemeinsam mit den Pflegediensten auf die Leistungen verständigen, die sie wirklich benötigen. Sie erhalten deshalb Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots. Sie können sich anstelle der heutigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexe auch für bestimmte Zeitvolumen für die Pflege entscheiden. Sie können dann zusammen mit den Pflegediensten frei entscheiden, welche Leistungen in diesem Zeitkontingent erbracht

werden.

Der Pflegesachleistungsanspruch wird dergestalt inhaltlich geöffnet, dass neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung auch häusliche Betreuungsleistungen abgerufen werden können. Dies ermöglicht insbesondere demenziell erkrankten Pflegebedürftigen, im Rahmen des ambulanten Pflegesachleistungsanspruchs auch häusliche Betreuung in Anspruch zu nehmen. Der Pflegebedürftige entscheidet, in welchem Umfang er Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung oder häusliche Betreuung in Anspruch nimmt und welche Hilfen er konkret abrufen will.

Ergänzend zu ambulanten Pflegediensten werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, auch hierfür qualifizierte Leistungserbringer zur Erbringung von Sachleistungen zuzulassen und Verträge mit ihnen zu schließen, die qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Versorgung anbieten.

### 3. Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird trotz der im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, vorgesehenen Maßnahmen nicht in ausreichendem Maße beachtet. Um den Anspruch besser wahrnehmen zu können, sollen die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf eine gezielte Beratung und Information durch die Pflegekassen und auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines möglichen Anspruchs auf Leistungen zur Rehabilitation gestärkt werden.

Die Pflegekassen werden verpflichtet, dem Antragsteller neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln. Der Antragsteller erhält damit konkrete und für ihn nachvollziehbare Aussagen über für ihn notwendige und empfehlenswerte Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Damit werden der Pflegebedürftige beziehungsweise seine Angehörigen in die Lage versetzt, bestehende Ansprüche besser geltend zu machen.

Nicht nur für die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch für die pflegenden Angehörigen ist Rehabilitation wichtig. Unter Weiterentwicklung bestehender Regelungen wird deshalb der Anspruch pflegender Angehöriger auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen verdeutlicht.

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnah-

men für pflegende Angehörige zum Beispiel in Einrichtungen, die zugleich Pflege und Betreuung für den zu pflegenden Angehörigen gewährleisten, ist eine wichtige Maßnahme, um pflegenden Angehörigen eine Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern. Die gleichzeitige Versorgung des Pflegebedürftigen in räumlicher Nähe, gegebenenfalls ergänzt um zusätzliche rehabilitative Angebote, schafft oft erst bei Angehörigen die Bereitschaft, notwendige Rehabilitationsleistungen für sich selbst in Anspruch zu nehmen.

4. Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege

Um pflegenden Angehörigen eine Auszeit zu erleichtern, wird bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege das Pflegegeld hälftig weitergezahlt.

5. Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen

Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden dann entrichtet, wenn für den jeweiligen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden Pflege wöchentlich geleistet werden. Eine Addition von rentenrechtlich wirksamen Zeiten bei Pflege von gleichzeitig zwei oder mehreren Pflegebedürftigen ist bisher nicht vorgesehen. Wer zwei (oder mehrere) Pflegebedürftige gleichzeitig jeweils unter 14 Stunden pro Woche pflegt, erhält für die Pflege bisher keine Verbesserung seiner Alterssicherung, auch wenn er insgesamt mehr als 14 Stunden wöchentlich pflegt. Um die Pflege von zwei (oder mehreren) Pflegebedürftigen und die daraus resultierende Belastung der Pflegeperson ausreichend zu würdigen, werden zukünftig rentenrechtlich wirksame Pflegezeiten bei der Pflege von gleichzeitig zwei oder mehreren Pflegebedürftigen addiert, wenn bei diesen mindestens die Pflegestufe I anerkannt ist.

6. Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen

Neue Wohn- und Betreuungsformen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung entsprechen nicht nur den Bedürfnissen vieler Pflegebedürftiger. Sie tragen auch dazu bei, stationäre Pflege zu vermeiden. Die Ermöglichung von Pflege in Wohngruppen stärkt den Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung. Die neuen Wohn- und Betreuungsformen werden deshalb insbesondere durch drei Maßnahmen gefördert:

- a) Gezielte Stärkung des Einsatzes von einzelnen, selbständigen Kräften insbesondere in Wohngruppen für demenziell erkrankte Pflegebedürftige.
- b) Zahlung einer zusätzlichen, zweckgebundenen Pauschale bei Beschäftigung einer Kraft, die für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngruppe sorgt. Auf diese Weise soll den besonderen Aufwendungen Rechnung getragen werden, die in dieser Wohnform entstehen.
- c) Auflegung eines zeitlich befristeten Initiativprogramms zur Gründung ambulanter Wohngruppen, das aus nicht zum Aufbau von Pflegestützpunkten abgerufenen Mitteln finanziert wird. In diesem Rahmen erhalten ambulante Wohngruppen bei Gründung eine finanzielle Sofortunterstützung für erforderliche altersgerechte Umbaumaßnahmen. Außerdem werden zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen Konzepte gefördert, die eine bewohnerorientierte, individuelle Versorgung Pflegebedürftiger außerhalb einer vollstationären Versorgung ermöglichen.

Ziel ist es, den Wünschen der Pflegebedürftigen entsprechend die Rahmenbedingungen für die neuen Wohn- und Betreuungsformen deutlich, auch in finanzieller Hinsicht, zu verbessern.

## 7. Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen

Das Fünfte Buch enthält zwar eine Reihe von Möglichkeiten zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, letztlich ist es aber von den jeweiligen Akteuren vor Ort abhängig, ob und in wieweit diese Möglichkeiten auch genutzt werden. Um die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen gezielt zu fördern und entsprechende Anreize zu setzen, werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- a) Die Vorgabe, dass Kassenärztliche Vereinigungen auf Antrag eines Pflegeheims zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner Kooperationsverträge mit dafür geeigneten Ärzten anzustreben haben, wird stringenter gefasst. Die Kassenärztliche Vereinigung vor Ort hat nunmehr solche Kooperationsverträge zu vermitteln.
- b) Um für Ärzte und Zahnärzte Anreize zu schaffen, Hausbesuche bei Pflegeheimbewohnern durchzuführen, werden im Falle des Abschlusses von Kooperationsverträgen Zuschläge beziehungsweise eine zusätzliche Vergütung gewährt.

- c) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, darüber zu informieren, wie sie die medizinische Versorgung ihrer Pflegeheimbewohner sicherstellen. Diese Informationen sind im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen (Transparenzberichte) zu veröffentlichen.

#### 8. Verbesserung der Beteiligung von Betroffenen und Versicherten

Um die Interessen der Betroffenen stärker in Fragen der Qualitätsentwicklung und der Transparenz von Qualitätsergebnissen zu berücksichtigen, wird die Beteiligung der Betroffenen ausgebaut und konkreter gefasst.

#### 9. Förderung der Selbsthilfe

Um die Bedeutung der Selbsthilfe in der Pflege gerade auch für die Angehörigen zu verdeutlichen, wird für diesen Bereich analog der Krankenversicherung ein eigener „Finanztopf“ geschaffen. Die Förderung setzt eine anteilige Mitfinanzierung durch das jeweilige Bundesland oder die Kommune voraus.

#### 10. Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung

Begutachtungsverfahren und Entscheidung über Pflegebedürftigkeit sollen für die Versicherten schneller und transparenter gestaltet werden. Der für die Begutachtung der Versicherten zuständige Medizinische Dienst der Krankenversicherung nimmt für die Pflegebedürftigen eine wichtige Schlüsselstellung ein. Um die Stellung der Versicherten zu verbessern, werden deshalb folgende Maßnahmen ergriffen:

- a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird zur Entwicklung und Veröffentlichung von Servicegrundsätzen sowie zur Einrichtung eines Beschwerdemanagements verpflichtet.
- b) Wird bei einem Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Entscheidungsfrist nicht eingehalten, erhält der Versicherte ab diesem Zeitpunkt einen Betrag als nicht rückzahlbaren und nicht mit den späteren Leistungen zu verrechnenden Ausgleich.
- c) Die Pflegekassen können neben dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, beauftragen.

- d) Pflegekassen beziehungsweise Pflegeberater haben die Versicherten im Rahmen der Beratung darüber zu informieren, dass sie einen Anspruch darauf haben, das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zu erhalten.

#### 11. Verbesserung der Beratung und Koordinierung

Um eine möglichst frühzeitige Beratung der Antragsteller in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten, haben die Pflegekassen einen konkreten Termin für eine umfassende Beratung unter Nennung eines Ansprechpartners innerhalb von zwei Wochen anzubieten. Können sie das nicht gewährleisten, ist ein Beratungsgutschein zu übermitteln, der es dem Antragsteller ermöglicht, die Beratung durch eine andere qualifizierte Beratungsstelle innerhalb von zwei Wochen in Anspruch zu nehmen. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden.

#### 12. Zukunftssichere Finanzierung

Die zusätzlichen Leistungen insbesondere für Demenzerkrankte und Angehörige erfordern eine Anhebung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte.

Bei der Pflegeversicherung handelt es sich um ein Teilleistungssystem, das die Menschen in ihrer schweren Lebenssituation durch eine pflegerische Versorgung unterstützt. Eine vollständige Finanzierung der pflegerischen Versorgung und Betreuung wird auch in Zukunft in hohem Maß auf die Übernahme von Eigenverantwortung angewiesen sein.

Eine zusätzliche private Eigenvorsorge ist mithin ein zentraler Baustein für die Finanzierung der Pflegeleistungen. Die soziale Pflegeversicherung wird deshalb um eine aus Steuermitteln finanzierte zugriffsgeschützte private Pflegevorsorge ergänzt. Dies bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.

#### 13. Weitere Maßnahmen

Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung und Betreuung werden darüber hinaus folgende Maßnahmen ergriffen:

- Die Einkommensprüfung im Zusammenhang mit der Beantragung auf Gewährung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen wird abgeschafft.
- Die Rahmenfrist für die Anerkennung als verantwortliche Fachkraft wird einheitlich auf acht Jahre verlängert. Diese Maßnahme dient der Erleichterung des Wiedereinstiegs, zum Beispiel nach familienbedingter Unterbrechung, in den Beruf.
- Die Voraussetzungen zum Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages werden durch eine Konkretisierung des Anwendungsbereichs vereinfacht.
- Die Verpflichtung zugelassener Pflegeeinrichtungen zur Zahlung der ortsüblichen Vergütung wird auf die Fälle begrenzt, in denen keine Mindestlohnregelung gilt.
- Das Qualitätssicherungsrecht wird dahingehend modifiziert, dass Ausnahmen vom Grundsatz der unangemeldeten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung für den ambulanten Bereich eingeführt werden.
- Es wird die Möglichkeit für Modellversuche zur besseren Verzahnung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsicht eröffnet.

Diese Maßnahmen dienen auch der Entbürokratisierung.

### **III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes**

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Regelungen zur Sozialversicherung und zum Arbeitsrecht beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes.

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Regelungen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ergibt sich aus Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes in Verbindung mit Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes. Eine bundesgesetzliche Regelung der Materie ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit erforderlich, da die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung ihr Geschäft in aller 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. Im Übrigen sind bundeseinheitliche Regelungen deswegen erforderlich, weil im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bundeseinheitlich Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vergleiche § 23 Absatz 1).

### **IV. Vereinbarkeit mit EU-Recht**

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

## **V. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

### **1. Bund**

Für den Haushalt des Bundes ergeben sich im Bereich der Beihilfe aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen Mehraufwendungen von rund 11 Millionen Euro für das Jahr 2013. Aufgrund des unterjährigen Inkrafttretens ergeben sich im Jahr 2012 entsprechend Ausgaben von rund 0,6 Millionen Euro.

Der Bund ist aufgrund der Beitragssatzerhöhung in seiner Funktion als Arbeitgeber geringfügig belastet (rund 2 Millionen Euro jährlich).

Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte führt über die Berücksichtigung zusätzlicher Vorsorgeaufwendungen bei den Steuerpflichtigen sowie hinsichtlich des Betriebsausgabenabzugs zu geringen Steuermindereinnahmen beim Bund und kann größenordnungsmäßig nicht gesondert beziffert werden. Insgesamt ergeben sich für Bund und Länder zusammen circa 1 Million Euro.

### **2. Länder und Gemeinden**

Für die öffentlichen Haushalte der Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen 2012 Mehrausgaben von rund 1,3 Millionen Euro und für das Jahr 2013 von rund 22 Millionen Euro.

Die Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem 1. Januar 2013 mit rund 33 Millionen Euro jährlich belastet.

Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte führt über die Berücksichtigung der tatsächlichen Vorsorgeaufwendungen bei den Steuerpflichtigen sowie hinsichtlich des Betriebsausgabenabzugs zu geringen Steuermindereinnahmen bei den Ländern und Gemeinden und kann größenordnungsmäßig nicht gesondert beziffert werden. Insgesamt ergeben sich für Bund und Länder zusammen circa 1 Million Euro.

Für die Sozialhilfeträger ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge und

die Förderung von Wohngruppen Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht, die allerdings nicht exakt quantifizierbar sind.

Für die Länder oder die jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften können sich aus einer Erhöhung der von der Pflegeversicherung hälftig kofinanzierten Fördermittel im Bereich der Selbsthilfe (§ 45d) Mehrausgaben von bis zu 8 Millionen Euro ergeben, wenn sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

### **3. Soziale Pflegeversicherung**

Die Maßnahmen des Gesetzes haben folgende Auswirkungen auf die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung:

- Die Anhebung des Beitragssatzes ab dem 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte führt im Jahr 2013 zu Mehreinnahmen von rund 1,1 Milliarden Euro. In den Folgejahren ergeben sich jeweils Mehreinnahmen von rund 1,2 Milliarden Euro jährlich. Der Betrag steigt langfristig entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.
- Die Gewährung von zusätzlichen Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird rund 500 000 Menschen zugute kommen, davon etwa 40 000 Personen mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I. Es ergeben sich Mehrausgaben von rund 655 Millionen Euro im Jahr 2013. Die Erstreckung der Regelung für die zusätzlichen Betreuungskräfte auf Einrichtungen der teilstationären Pflege kostet rund 15 Millionen Euro pro Jahr.
- Die Einbeziehung von Betreuungsleistungen in den ambulanten Pflegesachleistungsanspruch führt im Jahr 2013 zu Mehrausgaben in Höhe von rund 200 Millionen Euro. Es wird ein allmählich steigender Anteil der Sachleistungsanspruchnahme unterstellt. Das führt im Jahr 2014 zu Mehrausgaben von rund 300 Millionen Euro und im Jahr 2015 zu Mehrausgaben von rund 395 Millionen Euro. Dabei wird davon ausgegangen, dass aufgrund der besseren Passgenauigkeit der Leistungen insbesondere für die Bedürfnisse von Demenzkranken bis zum Jahr 2015 rund 150 000 ambulant Pflegebedürftige teilweise oder vollständig von Pflegegeld zu Pflegesachleistungen wechseln.
- Die Mehrausgaben für die gleichzeitige Gewährung von hälftigem Pflegegeld bei Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege betragen im Jahr 2012 rund 30 Millionen Euro, im Jahr 2013 ergeben sich rund 140 Millionen Euro.

Dabei wird davon ausgegangen, dass im Jahresdurchschnitt 2012 etwa 65 000 Pflegegeldempfänger Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Die Ausgaben steigen aufgrund der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitverlauf.

- Die Kosten der zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen von 200 Euro monatlich belaufen sich auf rund 9 Millionen Euro für das Jahr 2012 und rund 40 Millionen Euro für das Jahr 2013. Anschließend wird mit einem weiteren Anstieg auf etwa 50 000 Wohngemeinschaften im Jahr 2015 gerechnet. Dies führt zu Mehrausgaben von circa 80 Millionen Euro.
- Die Ermöglichung einer gleichzeitigen Kurzzeitpflege in der Nähe während der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige führt im Jahr 2012 zu Mehrausgaben in Höhe von rund 6 Millionen Euro und im Gesamtjahr 2013 zu Mehrausgaben von rund 25 Millionen Euro. Anschließend wird von einem weiteren allmählich steigenden Inanspruchnahmeverhalten ausgegangen. Dabei stehen den Mehrausgaben Minderausgaben gegenüber. Hintergrund ist eine Verlängerung des Zeitraums, in dem eine ambulante Pflege aufgrund des besseren Gesundheitszustandes pflegender Angehöriger nach der Rehabilitation möglich ist.
- Die Bereitstellung von Finanzmitteln für Selbsthilfegruppen in der Pflegeversicherung beträgt 10 Cent pro Versicherten und ist mit Ausgaben von 8 Millionen Euro verbunden.
- Die Abschaffung der Eigenbeteiligung bei Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung führt zu Mehrausgaben von rund 5 Millionen Euro jährlich. Im Jahr 2012 betragen die Mehrausgaben rund 1 Millionen Euro.
- Die Ausgaben für das Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohngruppen betragen insgesamt 45 Millionen Euro. Sie entsprechen dem Volumen der nicht verausgabten Mittel aus der Anschubfinanzierung für die Pflegestützpunkte.
- Es ergeben sich geringfügige Mehraufwendungen für die verbesserte Berücksichtigung von rentenrechtlichen Zeiten bei der Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen.

Insgesamt ergeben sich durch die Änderungen im Leistungsrecht folgende Gesamtwirkungen für die soziale Pflegeversicherung:

Maßnahme	Mehrausgaben in Milliarden Euro			
	2012	2013	2014	2015
Alle Veränderungen im Leistungsrecht zusammen	0,06	1,09	1,26	1,45

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte gewährleistet die Finanzierbarkeit der Leistungsverbesserungen bis in das Jahr 2015 hinein.

#### **4. Gesetzliche Rentenversicherung**

Die erleichterte Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige führt in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2012 zu Mehrausgaben in Höhe von rund 20 Millionen Euro. Bei steigendem Inanspruchnahmeverhalten können die Mehrausgaben im Laufe der Jahre steigen. Den Mehrausgaben stehen Minderausgaben infolge vermiedener oder verzögerter Frühverrentung gegenüber. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich zwei Drittel der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter befinden und somit die gesetzliche Rentenversicherung zuständig ist. Die übrigen Hauptpflegepersonen befinden sich im Rentenalter; für sie ist die gesetzliche Krankenversicherung zuständig.

#### **5. Gesetzliche Krankenversicherung**

Die erleichterte Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige führt in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2012 zu Mehrausgaben in Höhe von rund 10 Millionen Euro. Bei steigendem Inanspruchnahmeverhalten können die Mehrausgaben im Laufe der Jahre steigen. Den Mehrausgaben stehen Minderausgaben aufgrund der verbesserten gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger gegenüber.

Kommt es im Zuge der verbesserten Information der Pflegebedürftigen über Rehabilitationsmaßnahmen zu einem Anstieg der durchgeführten Maßnahmen bei Pflegebedürftigen, stehen dem Einsparungen durch Rehabilitationserfolge gegenüber.

Durch die vorgesehenen Zuschläge zur kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen entstehen den gesetzlichen Krankenkassen für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung jährliche Mehraufwendungen von insgesamt circa 77 Millionen Euro. Diesen Mehraufwendungen stehen höhere Einsparungen durch verringerte Kosten in Folge vermeidbarer Krankenhauseinweisungen und Krankentransporte gegenüber.

Durch zusätzliche Vergütungen für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in Höhe von circa 3 Millionen Euro, denen nicht quantifizierbare Einsparungen durch eine Verbesserung der Mundgesundheit, die Stärkung der Prophylaxe und Zahnerhaltung sowie die Vermeidung von Komplikationen bei pflegebedürftigen Menschen gegenüberstehen.

## **VI. Erfüllungsaufwand**

*Der Erfüllungsaufwand wird noch im Laufe des Verfahrens ermittelt.*

## **VII. Weitere Kosten**

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen Änderungen entsprechend dem Verhältnis der Zahl der Pflegebedürftigen zur sozialen Pflegeversicherung unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen Finanzwirkungen, die rund drei vom Hundert der Finanzwirkungen für die soziale Pflegeversicherung entsprechen. Für das Jahr 2012 ergeben sich Mehraufwendungen von rund 2 Millionen Euro und für das Jahr 2013 von rund 33 Millionen Euro.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aus der Anhebung des Beitragssatzes beträgt etwa 325 Millionen Euro im Jahr 2013. Dem steht eine stärkere Entlastung aus der Senkung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Rentenversicherung gegenüber.

Wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen der Reformmaßnahmen ergeben sich keine Auswirkungen auf das Verbraucherpreisniveau.

## **VIII. Nachhaltigkeit**

Der Gesetzentwurf führt die notwendigen Reformen in der Pflegeversicherung zur Sicherstellung einer zukunftsfesten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung fort und reagiert mit geeigneten Maßnahmen auf die demografischen Herausforderungen der Zukunft.

Mit einem Bündel von Maßnahmen werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass den Bürgerinnen und Bürgern auch in Zukunft eine hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe pflegerische Versorgung und Betreuung, die modernen Ansprüchen genügt, zur Verfügung steht.

Dem dienen insbesondere die Maßnahmen zur Flexibilisierung des Leistungs- und Vertragsrechts in der Pflegeversicherung sowie die Regelungen, die darauf ausgerichtet sind, die pflegerische Versorgung in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und Freunde, etwa durch die gezielte Förderung neuer Wohnformen, zu stabilisieren und zu stärken.

Darüber hinaus erfolgt mit dem Gesetzentwurf der Einstieg in die Öffnung der Regelleistungen der Pflegeversicherung für demenziell Erkrankte. Dies stellt einen wesentlichen Schritt für die bessere Berücksichtigung dieser Personengruppe im Leistungssystem der Pflegeversicherung dar und ist angesichts des zu erwartenden Anstiegs der Zahl demenziell Erkrankter ein maßgeblicher Beitrag zur Nachhaltigkeit in der Versorgung der Menschen.

Parallel zu den Maßnahmen für eine verbesserte und zukunftsfeste Versorgung wird das Finanzierungssystem der Pflegeversicherung durch die aus Steuermitteln finanzierte Förderung einer kapitalgedeckten Pflegevorsorge in einem gesonderten Gesetz ergänzt. Damit wird der notwendige Einstieg in eine nachhaltigere Form der Finanzierung der Pflegeleistungen vollzogen.

Der Gesetzentwurf entspricht damit insbesondere auch den Managementregeln 1 (Vorsorge für absehbare Belastungen treffen) und 9 (notwendige Anpassungen an den demografischen Wandel frühzeitig vornehmen) der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie.

## IX. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

Im Rahmen der gleichstellungspolitischen Relevanzprüfung ist ein besonders hoher Anteil von Frauen unter den Pflegebedürftigen festzustellen. Daher ist der Personenkreis der Frauen von Neuregelungen in der Pflegeversicherung stärker betroffen als der Personenkreis der Männer. Die nachfolgenden Angaben zu Art und Ausmaß der gleichstellungspolitischen Relevanz beruhen auf der Geschäftsstatistik der sozialen und privaten Pflege-Pflichtversicherung zum Jahresende 2010.

Pflegebedürftige Leistungsempfänger nach dem Elften Buch:

Pflegebedürftige gesamt:	2,43 Millionen Personen
davon Frauen	1,58 Millionen (65 vom Hundert)
häuslich versorgte Pflegebedürftige	1,68 Millionen Personen
davon Frauen	1,03 Millionen (61 vom Hundert)
stationär versorgte Pflegebedürftige	0,75 Millionen Personen
davon Frauen	0,55 Millionen (73 vom Hundert)

Auch die Pflegenden sind überwiegend Frauen. Bei ambulanten Pflegediensten sind 88 vom Hundert der Beschäftigten Frauen und bei stationären Pflegeeinrichtungen 85 vom Hundert. Von den pflegenden Angehörigen sind nach den Ergebnissen der im Jahr 2011 veröffentlichten Infratest-Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ 72 vom Hundert Frauen.

## **B. Besonderer Teil**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

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

#### **Zu Nummer 2 (§ 4)**

Die Änderung trägt der Einführung der häuslichen Betreuung (siehe § 36) Rechnung. Die Dienst-, Sach- und Geldleistungen umfassen die häusliche Betreuung, die zur Orientierung und Gestaltung des Alltags sowie zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte des Pflegebedürftigen erforderlich ist, soweit sie nicht in die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers fällt. Hierzu zählen beispielsweise die Unterstützung und Beaufsichtigung im Haushalt des Pflegebedürftigen beziehungsweise seiner Familie sowie im häuslichen Umfeld. Im Bereich der stationären Versorgung sind bereits nach geltendem Recht die Leistungen der sozialen Betreuung als Teil der pflegebedingten Aufwendungen bei der Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigen.

#### **Zu Nummer 3 (§ 7)**

Zu Buchstabe a

Die Rechte der Pflegebedürftigen auf eine umfassende und zielgerichtete Beratung durch die Pflegekassen sollen gestärkt werden. Hierzu gehört auch die Pflicht der Pflegekassen, die Versicherten im Rahmen der Beratung darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters haben. Gleiches gilt im Hinblick auf die gesonderte Rehabilitationsempfehlung.

Zu Buchstabe b

Versicherte sind durch die Leistungs- und Preisvergleichlisten künftig auch über Leistungen und Vergütungen für eine häusliche Betreuung durch zugelassene Dienste zu informieren.

#### **Zu Nummer 4 (§ 7b)**

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Beratung pflegebedürftiger Menschen mit der Einführung des Konzepts des Case-Managements auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem der Beratungsanspruch nach § 7a mit dem Ziel geschaffen, sowohl eine frühzeitig einsetzende Beratung als auch eine dauerhafte Begleitung im Sinne des Case-Managements zu gewährleisten.

Inzwischen gibt es ernstzunehmende Hinweise, dass die Betroffenen trotz der Neuregelungen nicht hinreichend über die Beratungsmöglichkeiten informiert werden und insbesondere eine frühzeitige Beratung nicht in dem Maße gewährleistet wird, wie es erforderlich ist. Dies ist der Hintergrund für das verpflichtende Angebot zur frühzeitigen Beratung innerhalb von zwei Wochen durch die Pflegekasse selbst oder alternativ durch eine von ihr benannte Beratungsstelle.

#### **Zu Absatz 1**

Die Regelung ändert nicht die ohnehin bestehenden Verpflichtungen aus den §§ 7 und 7a, sondern verbessert die Anwendung und Umsetzung dieser Vorschriften. Sie zielt darauf ab, die Pflegekassen verbindlich und nachweisbar zu verpflichten, frühzeitig Beratung für Antragsteller über Leistungen nach diesem Buch anzubieten. Sie dient dazu, dass die Betroffenen von der Beratungsmöglichkeit Kenntnis erhalten und Gebrauch machen können.

Im Interesse einer frühzeitig einsetzenden Beratung hat die Pflegekasse unmittelbar nach erstmaligem Antragseingang einen Beratungstermin anzubieten, der innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist. Im Interesse der zugehenden Beratung muss ein Beratungstermin angeboten werden, der auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der er lebt (siehe § 7a Absatz 2 Satz 1), stattzufinden hat; hierüber ist der Versicherte aufzuklären. Zugleich ist ein Ansprechpartner bei der Pflegekasse mit Kontaktdaten zu benennen, um es dem Antragsteller zu erleichtern, sich an seine Pflegekasse zu wenden. Dies muss nicht die Beratungsperson sein.

Bereits im geltenden Recht besteht die Möglichkeit, die Beratung durch Dritte wahrnehmen zu lassen. Hieran knüpft die Regelung über die Ausstellung eines Beratungsgutscheins für den Fall an, dass die Pflegekasse die Beratung in der gesetzten Zeit nicht selbst durchführt. Sie soll es den Betroffenen ermöglichen, Beratung bei von der Kasse in dem Gutschein zu benennenden Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen. Auch bei einer Beratung durch Beratungsstellen auf der Grundlage eines Beratungsgutscheins ist, wie bei der Beratung durch die Pflegekasse selbst, sicherzustellen, dass die Beratung in der häuslichen Umgebung des Antragstellers oder

in der Einrichtung, in der er lebt, innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang erfolgen kann.

#### Zu Absatz 2

Die Beratung der Versicherten ist eine Pflicht der Pflegekasse. Sie hat deshalb die Verantwortung dafür, dass auch eine Beratung durch Dritte den Anforderungen der §§ 7 und 7a genügt. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung der Beratung als auch hinsichtlich der Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Hierzu hat die Pflegekasse allein oder gemeinsam mit weiteren Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit Beratungsstellen abzuschließen. Die Vereinbarungen haben neben den Anforderungen an die Beratung und die Qualifikation der Berater auch Haftungsfragen sowie die Vergütung zu regeln. Die Kosten der Beratungsleistung durch Dritte gehen in den Fällen, in denen Dritte über den Beratungsgutschein in Anspruch genommen werden, zu Lasten der Pflegekasse und nicht zu Lasten der ratsuchenden Antragsteller.

Zu gewährleisten ist, dass die Beratungsstellen ihre Aufgaben neutral und unabhängig wahrnehmen. Als Beratungsstellen kommen natürliche und juristische Personen in Betracht.

#### Zu Absatz 3

Die Regelung enthält die erforderliche datenschutzrechtliche Befugnis für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten durch Stellen, mit denen die Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen über die Erbringung von Beratungsleistungen geschlossen haben.

#### Zu Absatz 4

Die Regelung des § 7a erstreckt sich ausdrücklich auch auf private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

#### **Zu Nummer 5 (§ 12)**

Die Änderung trägt der Einführung der häuslichen Betreuung (siehe § 36) Rechnung. Die Dienst-, Sach- und Geldleistungen umfassen die häusliche Betreuung, die zur Orientierung und Gestaltung des Alltags sowie zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte des Pflegebedürftigen erforderlich ist, soweit sie nicht in die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers fällt. Hierzu zählen beispielsweise die Unterstützung und Beaufsichtigung im Haushalt des Pflegebedürftigen beziehungsweise seiner Familie sowie im häuslichen Umfeld.

## **Zu Nummer 6 (§ 18)**

Das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird durch die Änderungen in § 18 insgesamt so gestaltet, dass es den Interessen und Ansprüchen der Antragsteller hinsichtlich einer zügigen Bescheiderteilung und einer umfassenden Information besser gerecht wird. Hierzu wird

- den Pflegekassen die Möglichkeit zur Beauftragung anderer Gutachter eingeräumt,
- den Pflegekassen die Pflicht zur Leistung einer Zusatzzahlung bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Frist zur Erteilung eines Bescheides auferlegt,
- das Recht der Antragsteller auf die gleichzeitige Zusendung der Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder der anderen Gutachter verankert und
- die Erstellung und regelhafte Zusendung einer eigenständigen Rehabilitationsempfehlung an den Antragsteller normiert.

Im Einzelnen sind die Änderungen wie folgt begründet:

Zu Buchstabe a

Bisher sind die Pflegekassen verpflichtet, die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen. Die Medizinischen Dienste können ihrerseits freie Gutachter beauftragen, was in unterschiedlichem Maße geschieht.

Die zuständige Pflegekasse hat den Auftrag, über die Pflegebedürftigkeit in der Regel spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags zu entscheiden. Bei Vorliegen besonderer Umstände gelten zudem verkürzte Fristen für die Begutachtung und die Pflegekasse hat dem Antragsteller die Entscheidung unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.

Noch immer gibt es Fälle von Fristüberschreitungen zum Nachteil der Antragsteller. Damit die Pflegekasse bessere Möglichkeiten hat, innerhalb der gesetzlich verankerten Frist ihre Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zu treffen und dem Betroffenen mitzuteilen, sollen Gutachtaufträge durch die Pflegekassen zukünftig insbesondere in diesen Fällen nicht mehr nur an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, sondern daneben unmittelbar auch an andere unabhängige Gutachter vergeben werden können. Die Pflegekassen können damit auch flexibler auf Engpässe im Begutachtungsgeschehen reagieren.

Gleichzeitig wird in § 53b eine Richtlinienkompetenz für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Regelung der Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den anderen Gutachtern ge-

schaffen, in der unter anderem die Qualifikationsanforderungen an die von den Pflegekassen beauftragten Gutachter und die Qualitätssicherung ihrer Tätigkeit zu regeln sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll transparenter und nachvollziehbarer gemacht werden, damit die Antragsteller auf der Basis der Informationen der Pflegekasse ihre Ansprüche besser und zielgerichteter wahrnehmen können. Dabei kann für viele Antragsteller auch die Kenntnis des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Bedeutung sein, das durch den Gutachter des Medizinischen Dienstes oder den von der Pflegekasse beauftragten anderen unabhängigen Gutachter erstellt wurde. Normiert wird daher, dass der Antragsteller ein Recht darauf hat, gleichzeitig mit der Übersendung der Entscheidung der Pflegekasse auch das Gutachten zu erhalten, wenn er sich für eine Zusendung entschieden hat. Bereits bei der Begutachtung ist daher zu erfassen, ob der Antragsteller von seinem Recht Gebrauch machen will. Der bürokratische Aufwand wird damit auf die Fälle begrenzt, in denen die Übersendung gewünscht ist. Zur Klarstellung wird zudem geregelt, dass der Antragsteller die Übermittlung des Gutachtens weiterhin auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen kann.

Zu Buchstabe d

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen schnelle und unbürokratische Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können. Die gesetzlichen Fristen zur Bescheiderteilung werden jedoch nicht immer eingehalten.

Um die Situation der Antragsteller zu verbessern und um einen zusätzlichen Anreiz für die Pflegekassen zu schaffen, die Termine tatsächlich einzuhalten, wird eine pauschale Zusatzzahlung durch die Pflegekasse bei nicht fristgerechter Bescheiderteilung eingeführt.

Wenn die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen erteilt, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jeden Tag Verzögerung 10 Euro an den Pflegebedürftigen zu zahlen. Dies gilt auch in den Fällen, in denen die bei Vorliegen besonderer Umstände gemäß Absatz 3 verkürzten Fristen für die Begutachtung nicht eingehalten werden.

Eine Verpflichtung zu Zusatzzahlungen ist nicht angemessen und besteht von daher nicht, wenn und soweit die Verzögerung von dem Antragsteller, seinen Angehörigen, Ärzten oder sonstigen Personen, die ihm zuzurechnen sind, zu vertreten ist. Wenn sich der Antragsteller auf Dauer in vollstationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist, entstehen durch die Verzögerung keine Nachteile, denn die Versicherten werden dort unabhängig von der Pflegestufe umfassend gepflegt. Deshalb ist für diese Fälle keine Zusatzzahlungsverpflichtung vorgesehen.

Die Regelungen gelten entsprechend für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

Die Kosten für die pauschale Zusatzzahlung sind aus den Verwaltungskosten zu tragen. Dies ist in § 46 Absatz 3 geregelt.

Zu den Buchstaben e und f

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe g

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe cc

Rehabilitationsmaßnahmen können gerade auch für Pflegebedürftige von großer Bedeutung sein. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ soll in seiner praktischen Durchsetzung gestärkt werden, ebenso wie die Möglichkeiten des Einzelnen, davon Gebrauch zu machen. Dazu wird geregelt, dass die Feststellungen, die der Medizinische Dienst zur Durchführung oder Ablehnung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation auf Grundlage und im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit bereits nach geltendem Recht trifft, nunmehr in einer geson-

dernten Rehabilitationsempfehlung eigenständig zu dokumentieren sind. Die Rehabilitationsempfehlung ist dem Pflegebedürftigen zu übermitteln.

Zu Buchstabe h

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe i

Die Regelung dient dazu, die Rechte der Pflegebedürftigen auf umfassende und zielgerichtete Beratung durch die Pflegekassen zu stärken, damit sie ihre Ansprüche auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besser wahrnehmen können.

Die Informationspflicht der Pflegekasse hinsichtlich empfohlener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird in Absatz 8 konkretisiert und unmittelbar an die Mitteilung über die Entscheidung der Pflegekasse zu dem Antrag gebunden. Der Zeitpunkt der Mitteilung über die Leistungsentscheidung der Pflegekasse, die nach Absatz 3 Satz 2 nicht später als fünf Wochen nach Antragstellung schriftlich erfolgen soll, stellt dabei bezüglich der Information über empfohlene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation den spätest möglichen Zeitpunkt dar.

Der Versicherte ist gleichzeitig darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern er in dieses Verfahren einwilligt. Dadurch werden die in § 14 des Neunten Buches geregelten Entscheidungsfristen (drei Wochen, da in der Regel der zuständige Rehabilitationsträger bekannt und eine weitere Begutachtung nicht erforderlich ist) in Gang gesetzt und dementsprechend zügig und transparent über den Anspruch und die Leistungserbringung entschieden. Die Pflegekassen prüfen in einem angemessenen zeitlichen Abstand - grundsätzlich nach drei Wochen -, ob über den Anspruch und die Leistungserbringung entschieden oder bereits Leistungen der Rehabilitation durchgeführt worden sind. Sofern der zuständige Rehabilitationsträger nicht spätestens vier Wochen nach Antragstellung tätig geworden ist, hat die Pflegekasse unmittelbar vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen, soweit diese Leistungen erforderlich sind.

Grundlage der Information des Antragstellers sind die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gemäß Absatz 6 Satz 3 zu treffenden Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation - Rehabilitationsempfehlung. Der Antragsteller muss darüber informiert werden, ob und welche Leistungen der Rehabilitation nach den Empfehlungen des Medizinischen Dienstes erfolgsversprechend und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu

mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Die Pflegekasse hat darauf zu achten, dass die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vollständig ist und den Versicherten darüber informiert, ob

1. Empfehlungen für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen werden. Dabei ist das gesamte Spektrum möglicher Leistungsformen (stationäre, ambulante, mobile Rehabilitation, geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation) zu beachten. Die Empfehlungen sind dem Antragsteller auch dann mitzuteilen, wenn er bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erklärt hat, dass er die Empfehlungen derzeit nicht aufgreifen möchte. Er erhält dadurch die Möglichkeit, sich noch einmal mit dieser Frage auseinanderzusetzen;
2. keine Empfehlung zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ausgesprochen wird, weil kurative (zum Beispiel Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln), ausschließlich pflegerische (aktivierende Pflege) oder andere Maßnahmen (Krankenhausbehandlung) vorzuziehen oder derzeit ausreichend sind. Es ist dabei insbesondere anzugeben, ob beziehungsweise inwieweit
  - keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar waren,
  - die Fortführung möglicher laufender Therapiemaßnahmen für ausreichend gehalten wird,
  - die Wirkung einer abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme abgewartet werden sollte oder
  - andere Gründe vorliegen.

Die Pflegekasse hat den Pflegebedürftigen auch über andere ihr vorliegende Informationen bezüglich der Notwendigkeit von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation zu informieren.

Die Ergänzung des § 18 korrespondiert mit der Stärkung der Pflegeberatung durch die Pflegekassen. Vor dem Hintergrund der umfassenden, konkreten und begründeten Information des Versicherten gehört es zu den Aufgaben der Pflegeberatung, für die Umsetzung angezeigter Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation mit allen an der Versorgung beteiligten Stellen - hierzu gehören vor allem auch die zuständigen Rehabilitationsträger - ein auf die individuelle Unterstützung des Pflegebedürftigen zugeschnittenes Angebot zu entwickeln und dessen Inanspruchnahme zu begleiten.

Das Verfahren ist auch bei Begutachtungen von Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung anzuwenden.

In Absatz 9 wird den Pflegekassen eine detaillierte Berichtspflicht aufgegeben: Die Pflegekassen berichten für die Jahre 2013 bis 2015 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation und zwar insbesondere über die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches, die Anzahl der genehmigten und abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger sowie die Anzahl der Widersprüche und die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Dieser Bericht ermöglicht auch Aussagen über das Rehabilitationspotenzial von Pflegebedürftigen und von von Pflegebedürftigkeit Bedrohten. Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an das Bundesministerium für Gesundheit weiter.

#### **Zu Nummer 7 (§ 18a)**

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit bedeutet für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine große Belastung. Versicherte, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, sollen durch das notwendige Begutachtungsverfahren daher so wenig wie möglich zusätzlich beschwert werden. Um dies zu gewährleisten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, bis zum 31. März 2013 Richtlinien über die Dienstleistungsorientierung der Medizinischen Dienste bei der Begutachtung zu erlassen.

Es werden folgende Themenkomplexe vorgegeben, die in den Richtlinien zwingend zu regeln sind, um die Servicefreundlichkeit und Dienstleistungsorientierung zu erhöhen:

Für die Gutachter (Pflegefachkräfte und Ärzte) und für die anderen Mitarbeiter der Medizinischen Dienste ist ein „Verhaltenskodex“ aufzustellen, der sie zu einem respektvollen Verhalten gegenüber den Versicherten und deren Angehörigen verpflichtet. Für den Versicherten ist von grundlegender Bedeutung, dass seine Lebenssituation im Begutachtungsverfahren angemessen berücksichtigt wird und dass er über das Begutachtungsverfahren, seinen Ablauf und seine Rechtsgrundlagen kompetent und umfassend informiert wird. Daraus resultiert die Verpflichtung der Medizinischen Dienste zur umfassenden und individuellen Aufklärung und Beratung.

Bereits mit der Ankündigung des Begutachtungstermins vom Medizinischen Dienst sollten insbesondere folgende Informationen gegeben werden:

- Kurzvorstellung des Medizinischen Dienstes und in wessen Auftrag die Pflegebegutachtung erfolgt,
- Grund und Art der Begutachtung (wie zum Beispiel Auftrag der Pflegekasse wie Wiederholungsbegutachtung, Prüfung der Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit oder möglicher Maßnahmen zur Rehabilitation),
- Name des Gutachters, der die Begutachtung durchführt,
- Datum und vorgesehene Uhrzeit (Zeitfenster von maximal zwei Stunden),
- voraussichtliche Dauer der Begutachtung,
- erforderliche Anwesenheit der überwiegend pflegenden Pflegeperson,
- gegebenenfalls Information des Betreuers über den angekündigten Begutachtungstermin.

Ferner sollte eine Mitteilung über für die Begutachtung sinnvollerweise benötigte Unterlagen erfolgen.

Eine umfassende Dienstleistungsorientierung und Servicefreundlichkeit berücksichtigt auch die Belange von Menschen mit Migrationshintergrund. Dies bedeutet zum Beispiel, dass durch den Medizinischen Dienst dafür Sorge zu tragen ist, dass die Ankündigung zur Begutachtung und die weiteren Informationen bei Bedarf adressatenbezogen auch in einer anderen Sprache erfolgen.

Zudem soll im Rahmen der Begutachtung auf eingeschränkte sprachliche Verständigungsmöglichkeiten, etwa aufgrund einer Hörbehinderung, eingegangen und der Versicherte soll auf seine Rechte, etwa zur Verwendung der Gebärdensprache (siehe § 17 Absatz 2 des Ersten Buches), im Rahmen der Begutachtung hingewiesen werden.

Bestandteil einer guten Dienstleistungsorientierung ist weiterhin, dass Versichertenbefragungen zum Ablauf der Begutachtung regelhaft durchgeführt werden, um Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Bei aller Qualifikation und ständigen Fortbildung ist es nicht auszuschließen, dass es zu Konfliktfällen zwischen dem Versicherten und den Gutachtern, zum Beispiel bei der Herleitung des Pflegebedarfs oder im Hinblick auf das persönliche Auftreten des Gutachters, kommen kann. Im Interesse der Versicherten ist ein Beschwerdemanagement verpflichtend einzuführen, damit Vorwürfen, die den Begutachtungsablauf und/oder das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste betreffen, qualifiziert nachgegangen werden kann. Bestehende Verfahren des internen Qualitätsmanagements der Medizinischen Dienste sollen dabei genutzt und ausgebaut werden.

Diese Richtlinien sind für alle Medizinischen Dienste verbindlich und stellen deshalb ein geeignetes Instrument dar, unmittelbar mehr Transparenz und Serviceorientierung im Begutach-

tungsgeschehen zu schaffen. Die Richtlinien nach § 53b über die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern dienen dazu, die Einheitlichkeit der Begutachtung bei der Beauftragung anderer Gutachter durch die Pflegekassen sicherzustellen, sie regeln insbesondere auch die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren.

Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen.

Die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind nach Maßgabe des § 118 zu beteiligen. Ihre Expertise und Sichtweise ist von zentraler Bedeutung, da das Ziel der Richtlinien eine verbesserte Dienstleistungsorientierung und Servicefreundlichkeit im Begutachtungsverfahren ist.

Im Interesse der Gleichbehandlung aller Versicherten gelten die Vorgaben auch für die Begutachtungsverfahren der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen.

### **Zu Nummer 8 (§ 19)**

Die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung zu Gunsten einer Pflegeperson setzt bisher voraus, dass sich die Pflegetätigkeit der Pflegeperson auf mindestens 14 Stunden wöchentlich bei einem Pflegebedürftigen beläuft. Die Änderung erlaubt ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen. Dadurch werden Pflegepersonen in die Rentenversicherung mit einbezogen, die zum Beispiel zwei behinderte Kinder im Umfang von jeweils unter 14 Stunden wöchentlich, aber insgesamt über 14 Stunden pflegen.

Die Höhe der Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge richtet sich nach dem Pflegebedürftigen, bei dem sich gegebenenfalls der höhere Zahlungsbetrag ergibt. Dies kann relevant sein, wenn die Pflegebedürftigen unterschiedlichen Pflegestufen zugeordnet sind.

Die Regelung gilt zum Beispiel auch in den Fällen, in denen beide Eltern gemeinsam zwei behinderte Kinder pflegen, wenn ein Elternteil bisher schon Rentenversicherungsbeiträge erhalten konnte, der andere Elternteil bei beiden Kindern aber jeweils weniger als 14 Stunden gepflegt hat, bei einem Zusammenrechnen der Pflegezeiten nun aber auf über 14 Stunden kommt.

### **Zu Nummer 9 (§ 23)**

Nachdem die Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326) an die Stelle der früheren Beihilfavorschriften des Bundes getreten ist, muss die Bezugnahme redaktionell angepasst werden.

### **Zu Nummer 10 (§ 27)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur. Absatz 10 des § 5 des Fünften Buches, auf den in § 27 Satz 3 verwiesen wird, wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2008 durch Artikel 9 Absatz 21 des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631) zu Absatz 9.

### **Zu Nummer 11 (§ 28)**

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur. Die Überschrift zu § 40 ist durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden: Die Wörter „technische Hilfsmittel“ wurden durch die Wörter „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der neuen Leistungen gemäß § 38a.

Zu Buchstaben b und c

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung der neuen Leistungen gemäß der §§ 45e und 123. Da diese nur für einen begrenzten Zeitraum gewährt werden, werden sie nicht in dem Leistungskatalog des Absatzes 1, sondern in einem neuen Absatz aufgeführt.

### **Zu Nummer 12 (§ 34)**

Nicht nur die Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 (Beiträge zur Rentenversicherung für familiäre und ehrenamtliche Pflegepersonen), sondern auch die Leistungen zur sozialen Si-

cherung bei Pflegezeit nach § 44a (Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung für pflegende Angehörige in Pflegezeit) sollen bei Unterbrechungstatbeständen, zum Beispiel wenn der Pflegebedürftige für bis zu vier Wochen im Krankenhaus behandelt werden muss, weiter gewährt werden.

### **Zu Nummer 13 (§ 36)**

Zu Buchstabe a

Durch eine größere Flexibilisierung bei der individuellen Auswahl der Pflegeleistungen soll den Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen ermöglicht werden, ihren Bedarf an Pflegeleistungen noch besser an ihrer individuellen Versorgungssituation beziehungsweise an ihren Wünschen und Bedürfnissen auszurichten. Ziel dabei ist, neben den Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung den Zugang zu häuslichen Betreuungsleistungen, insbesondere für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz, zu ermöglichen.

Der Sachleistungsanspruch wird geöffnet. Der Sachleistungsbetrag nach § 36 steht künftig - auch außerhalb der gemeinschaftlichen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch mehrere Pflegebedürftige (so genanntes „Poolen“) - für alle drei Leistungsbereiche (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und häusliche Betreuung) abhängig von der Pflegestufe zur grundsätzlich freien Verfügung. Dadurch kommt es zu keiner Differenzierung innerhalb der Leistungsbeträge nach § 36 zwischen Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und häuslicher Betreuung. Das heißt, der Versicherte kann aus Angeboten der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung von zugelassenen Pflegediensten frei wählen. Er kann nach seinen Wünschen und Bedürfnissen frei beziehungsweise eigenverantwortlich wählen, wenn gewährleistet ist, dass die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind (siehe § 36 Absatz 1 Satz 6). Bereits heute ist in § 120 Absatz 1 Satz 2 geregelt, dass die ambulanten Pflegedienste jede wesentliche Veränderung des Zustands des Pflegebedürftigen unverzüglich der zuständigen Pflegekasse mitzuteilen haben. Das beinhaltet auch eine Mitteilungspflicht, wenn sich der Zustand des Pflegebedürftigen, etwa durch eine defizitäre Grundpflege, wesentlich verschlechtert hat.

Betreuungsleistungen entsprechen vor allem den Wünschen von demenziell erkrankten Menschen beziehungsweise ihren Angehörigen nach passgenaueren Leistungen, insbesondere zur Entlastung von Angehörigen. Aber auch somatisch erkrankte Pflegebedürftige bekommen dadurch eine neue Gestaltungsfreiheit bei der Zusammenstellung ihrer Pflegeleistungen.

Der Nachrang der Betreuungsleistungen nach § 36 gegenüber der Eingliederungshilfe gilt künftig nicht nur bei den bisherigen Betreuungsleistungen im Rahmen der gemeinschaftlichen Inan-

spruchnahme von Pflegeleistungen durch mehrere Pflegebedürftige, sondern auch bei den neu vorgesehenen häuslichen Betreuungsleistungen.

Zu Buchstabe b

Der Einsatz von Einzelpflegekräften für Pflegebedürftige in neuen Wohnformen wird durch neue Regelungen im Vertrags- und Leistungsrecht der Pflegeversicherung erleichtert.

Zum einen wird für den Abschluss von Verträgen mit Einzelpflegekräften zur Pflege und Betreuung von Bewohnern neuer Wohnformen eine besondere Regelung eingeführt, die Pflegebedürftigen in neuen Wohnformen zugute kommt (siehe dazu die neue Soll-Vorschrift in § 77 Absatz 1a mit einer stärkeren Verpflichtung der Pflegekassen zum Vertragsabschluss).

Zum anderen können die ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 auch bei Pflege durch eine Einzelpflegekraft (insbesondere eine Präsenzkraft in der Wohngruppe) in Anspruch genommen werden, die mit einer anderen Pflegekasse Verträge geschlossen hat. Sobald Einzelpflegekräfte über § 77 Absatz 1a Vertragspartner einer Pflegekasse sind, wird für andere Pflegebedürftige dieses betreuten Wohnens, die bei anderen Pflegekassen, die nicht selbst den Vertrag mit der Einzelpflegekraft abgeschlossen haben, eine Kostenerstattung ermöglicht. Der mit der Pflegekasse vereinbarte Preis ist dann zwingend zugrunde zu legen. Dies verhindert nicht, dass die Einzelpflegekräfte weitere Verträge nach § 77 Absatz 1a abschließen, um zum Beispiel für aufwändigere Pflegesituationen leistungsgerechte Preise zu vereinbaren.

Zu Buchstabe c

Unter häusliche Betreuung können Leistungen gefasst werden, die nicht Bestandteil von Angeboten der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sind. Zu den Einzelheiten des Begriffs der häuslichen Betreuung wird auf die neue Regelung in § 75 Absatz 8 verwiesen, wonach die Selbstverwaltung verpflichtet wird, auf Bundesebene gemeinsam Rahmenvereinbarungen zu Art, Inhalt und Umfang häuslicher Betreuung zu schließen. Leistungen, die in den Verantwortungsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers fallen, etwa das Verabreichen von Medikamenten im Rahmen der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem Fünften Buch, gehören nicht zur häuslichen Betreuung im Sinne dieser Vorschrift.

#### **Zu Nummer 14 (§ 37)**

Bei Empfängern von Pflegegeld, die die Leistung der Kurzzeitpflege nach § 42 abrufen, ist bisher an die Stelle des Pflegegeldes die Leistung Kurzzeitpflege getreten, der Pflegegeldan-

spruch ruhte für die Dauer der Kurzzeitpflege. Entsprechendes galt bisher auch für die Leistung bei Verhinderung einer Pflegeperson nach § 39.

Zur Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird eine gleichzeitige Gewährung der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe nach § 37 und Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 oder der Verhinderungspflege nach § 39 ermöglicht. Denn auch in den Zeiten, in denen Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege abgerufen werden, bestehen finanzielle Belastungen der Pflegesituation (insbesondere Lohnausfall) weiter.

### **Zu Nummer 15 (§ 38)**

Auf die Begründung zur Änderung des § 37 wird verwiesen.

### **Zu Nummer 16 (§ 38a)**

Zu Absatz 1

Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen erhalten neben dem Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 oder neben dem Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 (oder neben dem Anspruch auf die Kombinationsleistung nach § 38) zusätzlich einen pauschalen Wohngruppenzuschlag. Der Zuschlag beträgt 200 Euro monatlich.

Die Leistung wird pauschal (ebenso wie das Pflegegeld) zur eigenverantwortlichen Verwendung für die Organisation sowie Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft gewährt. Damit wird diese Versorgungsform vom Gesetzgeber gestärkt und berücksichtigt, dass in Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige besondere Aufwendungen entstehen.

Der Zuschlag wird zwar als Pauschale, aber nur zweckgebunden gewährt: Voraussetzung für die Zahlung des Zuschlages ist, dass in der Wohngruppe mindestens eine Präsenzkraft tätig ist. Auf einen konkreten Nachweis entstandener Kosten wird bewusst verzichtet. Die Erbringung von Nachweisen über entstandene Kosten (und damit verbundene Buchführungen) wäre zu bürokratisch und würde insbesondere selbst organisierten Wohngruppen nicht gerecht.

Der Zuschlag kann zum Beispiel auch dafür genutzt werden, eine nach § 77 von den Pflegekassen anerkannte Einzelpflegekraft dafür zu entlohnen, dass sie - neben der über die Sachleistung bereits finanzierten Pflege- und Betreuungstätigkeit - verwaltende Tätigkeiten in der Wohngruppe übernimmt.

Damit bestehen für Pflegebedürftige in Wohngruppen mehrere Möglichkeiten, die alternativ oder auch kumulativ genutzt werden können: In der Wohngruppe ist eine Präsenzkraft tätig und es wird der Pauschalbetrag (§ 38a) in Anspruch genommen oder es gibt eine Einzelpflegekraft nach § 36 Absatz 1a in Verbindung mit § 77 Absatz 1a oder die Einzelpflegekraft nach § 77 Absatz 1a hat zugleich die Funktion einer Präsenzkraft und kann über § 36 Absatz 1a und § 38a finanziert werden.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag, wenn es sich um ein organisiertes gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen zum Zwecke der gemeinschaftlichen pflegerischen Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung oder einem Haus mit häuslicher pflegerischer Versorgung handelt. Eine Höchstgrenze wird nicht vorgesehen, da die Förderung der pflegerischen Versorgungsstruktur (Pflegeheime, -dienste, Pflege-Wohngemeinschaften) nach der Zuständigkeitsverteilung Sache der Bundesländer ist. In deren Kompetenzen wird mit diesen Regelungen nicht eingegriffen.

Zu Absatz 2

Die Bewohner von Wohngruppen haben ebenso wie auch sonst bei häuslicher Pflege selbst die Wahl zwischen verschiedenen ambulanten Pflegediensten. Die ambulanten Pflegedienste, die von den einzelnen Bewohnern der Wohngruppe für die Sicherstellung ihrer Pflege frei gewählt worden sind, unterliegen der für ambulante Pflegedienste allgemein vorgesehenen Qualitätssicherung und -prüfung sowie der Zulassung.

#### **Zu Nummer 17 (§ 40)**

Die Zuschüsse der Pflegekassen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen werden künftig ohne einen Eigenanteil des Pflegebedürftigen gewährt. Die Prüfung der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen entfällt somit. Durch die Abschaffung der Einkommensprüfung ergibt sich ein Abbau von Bürokratie sowohl auf Seiten der Pflegebedürftigen als auch auf Seiten der Pflegekassen. Zudem wird dadurch die Hürde der Antragstellung reduziert und somit eine schnellere und leichtere Leistungsgewährung für den Pflegebedürftigen ermöglicht.

#### **Zu Nummer 18 (§ 41)**

Die Regelung folgt der ganz überwiegenden Praxis der Pflegekassen und dient der Klarstellung.

Die vorrangige Abrechnung der ambulanten Pflegesachleistung nach § 36 vor der Tages- und Nachtpflege nach § 41 trägt dem Grundsatz des Vorrangs „ambulant vor stationär“ Rechnung.

Zudem sprechen hierfür auch pragmatische Gründe: Der Träger einer teilstationären Pflegeeinrichtung (Tages- oder Nachtpflege) hat regelmäßig im Einzelfall zwei Rechnungen zu stellen, weil neben der Leistung, die die Pflegeversicherung zur Verfügung zu stellen hat, noch von dem Pflegebedürftigen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten als Eigenanteil zu finanzieren sind. Die Abrechnungen mit dem Pflegebedürftigen beziehungsweise bei Bedürftigkeit des Pflegebedürftigen mit der Sozialhilfe werden bei Inanspruchnahme der teilstationären Pflege also nicht vermieden werden können. Dies ist bei Inanspruchnahme der häuslichen Pflegesachleistung nicht unbedingt der Fall, denn wenn der Pflegebedürftige Leistungen nur im Rahmen der gedeckelten Leistungsbeträge in Anspruch nimmt, hat der Träger der Pflegeeinrichtung nur mit der zuständigen Pflegekasse abzurechnen. Würde man den Vorrang der Ansprüche der teilstationären Pflegeeinrichtung vorsehen, hätte dies zur Folge, dass der Pflegebedürftige nicht nur von dem Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung - mindestens - eine Rechnung in Bezug auf die Kosten der Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten erhielte, sondern zusätzlich auch noch eine Rechnung von dem ambulanten Pflegedienst. Dieses Ergebnis muss im Interesse der Pflegebedürftigen vermieden werden. Es entlastet die ambulanten Pflegedienste in vielen Fällen von doppelten Abrechnungen mit den Pflegebedürftigen.

#### **Zu Nummer 19 (§ 42)**

Häufig können pflegende Angehörige an einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nur teilnehmen, wenn gleichzeitig die pflegerische Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen vor Ort sichergestellt ist. Um auch den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die keine Zulassung zur Pflege nach dem Elften Buch besitzen, eine pflegerische Versorgung im Rahmen des Sachleistungssystems der Pflegeversicherung zu ermöglichen, wird der Anspruch auf die Sachleistung Kurzzeitpflege nach § 42 erweitert. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege soll auch dann für den Pflegebedürftigen bestehen, wenn eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem Elften Buch hat, vorausgesetzt dass der Pflegende in dieser Einrichtung eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Es kann generell davon ausgegangen werden, dass Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen fachlich und organisatorisch in der Lage sind, die von den pflegenden Angehörigen mitgebrachten Pflegebedürftigen angemessen zu betreuen und zu pflegen. Daher kann in diesen Fällen auf eine Zulassung als Pflegeeinrichtung nach dem Elften Buch verzichtet werden.

Die gemeinsame Unterbringung von pflegenden Angehörigen und deren Pflegebedürftigen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme eröffnet auch Möglichkeiten, die Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme mit einer gleichzeitigen Schulung des pflegenden Angehörigen für die Pflege und mit entsprechenden Beratungsangeboten zu verbinden, damit längerfristig eine

Überlastung des pflegenden Angehörigen durch die Pfllegetätigkeit vermieden werden kann und die häusliche Pflege sichergestellt bleibt. Denkbar ist dabei, dass die Schulung des pflegenden Angehörigen als Pflegekurs nach § 45 durchgeführt wird. Es sollte auch in Erwägung gezogen werden, ob nicht gleichzeitig rehabilitative Maßnahmen für den Pflegebedürftigen erbracht werden können.

Die Kurzzeitpflege wird auch durch die vorgesehene hälftige Fortgewährung des Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege attraktiver gemacht. Damit wird es pflegenden Angehörigen und deren Pflegebedürftigen erleichtert, an einer gemeinsamen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen und die damit verbundenen Kosten (insbesondere Hotelkosten und Kosten für den Transport des Pflegebedürftigen in die Kurzzeitpflege) zu tragen.

Auf die Änderungen in § 23 und § 40 des Fünften Buches, wonach die Krankenkassen bei ihren Entscheidungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen haben, wird Bezug genommen. Entsprechendes gilt für die Rentenversicherungsträger (vergleiche § 9 des Sechsten Buches).

#### **Zu Nummer 20 (§ 45d)**

Zu Buchstabe a

Die bisherige Regelung zur Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen wird aus Absatz 1 ausgegliedert und in eine eigenständige Förderregelung nach Absatz 2 überführt.

Die Förderung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, bleibt unverändert. Hierfür sowie für Maßnahmen nach § 45c verbleibt künftig ein größerer finanzieller Spielraum, weil das bisherige Budget erhalten bleibt, aber die Finanzierung der Selbsthilfe aus einem eigenständigen Budget erfolgt.

Zu Buchstabe b

Für die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d Absatz 2 wird künftig ein eigenständiges Budget vorgesehen. Das Fördervolumen in Höhe von 25 Millionen Euro nach § 45c bleibt für die Förderung von neuen Versorgungsstrukturen nach § 45c und die Förderung des Ehrenamtes nach Absatz 1 des § 45d erhalten.

Die Höhe der Förderung für die Selbsthilfe nach § 45d wird auf 10 Cent pro Versicherten und Jahr festgelegt. Es bleibt bei der Kofinanzierung durch Länder/Kommunen. Die bewährten Strukturen der Förderung nach § 45c und das dort vorgesehene Verfahren werden beibehalten und finden auch bei der Förderung der Selbsthilfe nach § 45d entsprechend Anwendung. Das heißt, es gilt für § 45d dasselbe Antrags- und Bewilligungsverfahren wie für § 45c.

Auch für die privaten Versicherungsunternehmen gilt, dass sie 10 Cent je Versicherten und Kalenderjahr für die Selbsthilfeförderung aufbringen müssen. Die Zahlung erfolgt wie bei § 45c direkt an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.

Die gleichen Stellen, die nach Landesrecht bisher für die Entgegennahme von Förderanträgen und deren Bearbeitung nach § 45c und § 45d zuständig sind, bleiben auch künftig für die Förderung nach § 45c und § 45d zuständig.

#### **Zu Nummer 21 (Sechster Abschnitt, §§ 45e und 45f)**

Durch die Weiterentwicklung neuer Wohnformen als Ergänzung zur stationären Pflege soll ein selbstbestimmtes Leben auch dann ermöglicht werden, wenn ein angemessenes Wohnen in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr möglich scheint, eine stationäre Unterbringung aber nicht erforderlich ist oder von den Betroffenen abgelehnt wird. Es wird ein Gesamtbudget von 45 Millionen Euro bereitgestellt. Dies entspricht der Höhe der Fördermittel, die für den Aufbau von Pflegestützpunkten nach § 92c bis zum 30. Juni 2011 nicht abgerufen wurden.

#### **Zu § 45e**

Die Neugründung von ambulanten Wohngemeinschaften von Pflegebedürftigen nach § 38a ist als sinnvolle Zwischenform zwischen der Pflege in der häuslichen Umgebung und der vollstationären Pflege gewollt. Um die Neugründungen von Wohngemeinschaften in den nächsten Jahren durch zusätzliche Förderanreize anzuregen, wird ein Budget von 30 Millionen Euro bereitgestellt. Unterstellt man je Wohngemeinschaft durchschnittlich vier Pflegebedürftige, so könnten mit den Mitteln etwa 12 000 Anspruchsberechtigte oder 3 000 neu entstehende Wohngemeinschaften in den ersten Jahren nach Einführung des § 38a gefördert werden.

#### **Zu Absatz 1**

Die Gründung einer Wohngemeinschaft im Sinne dieser Vorschrift erfolgt dann, wenn mindestens drei Empfänger von Leistungen nach dem Elften Buch in einer Wohneinheit zusammenziehen, oder wenn mindestens die dritte der in einer Wohneinheit zusammenlebenden Personen Anspruch auf Leistungen nach dem Elften Buch erhält. Personen, die nicht Leistungen

nach dem Elften Buch erhalten, gelten nicht als Mitglieder der Wohngemeinschaft im Sinne dieser Vorschrift.

Um die Gründung von ambulanten Wohngemeinschaften anzuregen, wird deren Neugründung gefördert, bis das Budget von 30 Millionen Euro erschöpft ist. Dadurch ergibt sich abhängig vom Antragsvolumen eine zeitliche Befristung der Fördermaßnahme. Jede pflegebedürftige Person, die die Anspruchsvoraussetzungen des § 38a erfüllt, erhält zusätzlich zu dem ihr zustehenden regelmäßigen Wohngruppenzuschlag von 200 Euro für die monatlich entstehenden Zusatzkosten und unbeschadet des Anspruchs nach § 40 Absatz 4 einen einmaligen Förderbetrag von bis zu 2 500 Euro, wenn sie an der Gründung der Wohngemeinschaft beteiligt ist. Unabhängig von dem individuellen Anspruch ist der Betrag je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt. Er ist bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen anteilig auf die Versicherungsträger der beteiligten Pflegebedürftigen aufzuteilen. Dies kann ohne weitere Abstimmung erfolgen, da jedem Versicherungsträger die Zahl der Beteiligten genannt wird.

Der Verwaltungsaufwand soll so gering wie möglich gehalten werden, um Bürokratie zu vermeiden und um die Attraktivität der Gründung von Wohngruppen nicht zu beeinträchtigen. Wesentliche Kriterien für die Anspruchsberechtigung sind die Gründung einer ambulanten Wohngruppe und die altersgerechte Umgestaltung der Wohnung. Dabei soll ein zeitnah zu erwartender Bedarf an Umgestaltungsmaßnahmen einbezogen und gefördert werden, auch wenn er zum Zeitpunkt der Antragstellung für den Bedarf der Einzelpersonen noch nicht erforderlich ist, wie beispielsweise eine bodengleiche Dusche oder eine rollstuhlgerechte Herrichtung. Auch der Kostennachweis soll so einfach wie möglich gestaltet werden. Durch die zeitliche Befristung der Antragstellung soll der Zeitraum, in dem die Förderung der Gründung der Wohngruppe stattfinden kann, begrenzt bleiben. Dadurch ergibt sich eine gewünschte Beschleunigung der Gründungsphase und der verwaltungsmäßigen Abwicklung.

Zu Absatz 2

Die Einzelheiten der Fördervoraussetzungen und das Verfahren der Antragstellung, Auszahlung und Nachweisung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Das Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ist herzustellen, weil die in der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versicherten zur Vermeidung von Ungleichbehandlungen gleichgestellt werden.

Die Pflegekassen melden die ausgezahlten Fördermittel im monatlichen Finanzausgleichsverfahren dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Das Bundesversicherungsamt informiert die Pflegekassen und den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., wenn die Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht hat. Danach werden nur noch die bis zum

Kalendermonat der Bekanntgabe eingegangenen Anträge bewilligt. Damit ist sichergestellt, dass der für die begrenzte Sonderförderung zur Verfügung gestellte Betrag von 30 Millionen Euro nicht oder nur unwesentlich überschritten wird.

### **Zu § 45f**

Die stationäre Pflege ist naturgemäß stark trägerorientiert und in erster Linie auf die pflegerische Versorgung ausgerichtet. Die pauschale Befürchtung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, dass eine stationäre Unterbringung eine zu starke Unterordnung in institutionalisierte Strukturen erzwingt und ein selbstbestimmtes Leben nicht ermöglicht, führt oft zu einer Ablehnung von stationären Unterbringungsformen.

In ihrer veränderten Lebenslage wünschen viele Menschen, die pflegebedürftig geworden sind, oft lediglich Hilfestellungen, um einen durch Selbständigkeit geprägten Lebens- und Wohnstil im Bereich der stationären Pflege so weit wie möglich behalten zu können. Für die erforderlichen Hilfestellungen im Alltag wünschen sie eine mehr auf das individuelle Wohnen bezogene Unterbringung mit Wahlmöglichkeiten der Hilfe- und Pflegebausteine, die sie in ihrer speziellen Situation für erforderlich halten. Hierzu können Wohngemeinschaften, wie sie in den §§ 38a und 45e vorgesehen sind, eine Alternative bilden.

Gebraucht werden daneben aber auch Angebote, die darüber hinausgehen, ohne das Ausmaß einer Vollversorgung im Pflegeheim zu erreichen. In diesem Segment sollen die Träger ihre hohe Professionalität und Qualität bereitstellen und zwar in dem Umfang, wie Bewohner dies benötigen und wünschen. Insofern bedarf es „ambulantisierter“ Betreuungsformen, die bewohnerorientiert vor hochprofessionellem, institutionengestütztem Hintergrund modulhaft individuelle Versorgung anbieten, die bedarfsweise in Anspruch genommen werden kann. Die wissenschaftlich begleitete Entwicklung und Erprobung dieser innovativen stationären Betreuungsformen wird durch die Vorschrift für einen begrenzten Zeitraum besonders gefördert.

Dabei haben Gesichtspunkte der Qualitätssicherung Vorrang und die Heimgesetzgebung der Länder ist zu beachten.

Die Träger von stationären Einrichtungen sollen ermutigt werden, Konzepte in diesem Sinne zu entwickeln und umzusetzen, die es ermöglichen, alternativ zu stationären Einrichtungen, außerhalb der vollstationären Betreuung bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten. Hier liegen Chancen, die stationäre Pflege zu ergänzen, ohne deren Existenz zu gefährden. Aber auch andere geeignete Träger, die bisher nicht im stationären Bereich engagiert waren, sowie die Wissenschaft sollen motiviert werden, überzeugende Konzepte zu entwickeln.

Um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Voraussetzungen und das Verfahren der Förderung. Dabei soll in den Fällen, in denen Kosten von Umstrukturierung und eventuell befürchtete Mindereinnahmen der Träger den Förderzweck hemmen, ein angemessener Ausgleich gewährt werden. Investitions- und Baumaßnahmen sowie unangemessene Doppelförderungen, insbesondere aus laufenden Modellprogrammen, sind ausgeschlossen. Wünschenswerte Kofinanzierungen von Dritten sollen jedoch möglich bleiben, wenn sich dadurch Fördermittel unterschiedlicher Stellen ergänzen. Die Förderung eines Einzelprojektes soll im Regelfall drei Jahre nicht überschreiten. Spätestens nach fünf Jahren legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine wissenschaftliche Auswertung vor.

Das Verfahren der Auszahlung aus dem Ausgleichsfonds bedarf der Vereinbarung mit dem Bundesversicherungsamt.

Im Übrigen finden die Regelungen des § 8 Absatz 3 entsprechende Anwendung. Dies gilt auch für die Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

#### **Zu Nummer 22 (§ 46)**

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 18 Absatz 3. Die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18 Absatz 3 Satz 8 werden wie Verwaltungskosten behandelt.

Zu Buchstabe b

Entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ ist die Regelung über die Prüfung der Pflegekassen nach § 46 Absatz 6 der Regelung über die Prüfung der Krankenkassen nach § 274 Absatz 1 des Fünften Buches nachgebildet. Nachdem durch das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) das Prüfrecht der Prüfdienste nach § 274 Absatz 1 des Fünften Buches auf die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen erstreckt wurde, wird nun auch eine entsprechende Befugnis der Prüfdienste gegenüber den Arbeitsgemeinschaften der Pflegekassen geregelt.

#### **Zu Nummer 23 (§ 52)**

Um beispielsweise Berichte der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung (§ 10) sachgerecht gestalten zu können, ist es unverzichtbar, dass alle Beteiligten im erforderlichen Maß ihren Beitrag leisten. Deshalb stellt die Ergänzung ausdrücklich klar, dass die Lan-

desverbände der Pflegekassen insbesondere den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Bewältigung seiner Aufgaben zu unterstützen haben.

#### **Zu Nummer 24 (§ 53a)**

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermächtigt ist, auch zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. Richtlinien zu erlassen.

#### **Zu Nummer 25 (§ 53b)**

Beitragsfinanzierte Sozialversicherungsleistungen bedingen einen einheitlichen Zugang zu den Leistungen. Mit der Verankerung der Richtlinienkompetenz für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Regelung der unmittelbaren Beauftragung unabhängiger Gutachter durch die Pflegekassen, der Nennung der wesentlichen Inhalte der Richtlinien und der Anordnung der Verbindlichkeit der Richtlinien für die Pflegekassen wird sichergestellt, dass die Begutachtungen auch zukünftig bundesweit einheitlich erfolgen.

Um dies sicherzustellen, sind in den Richtlinien

- die Anforderungen an die Qualifikation der Gutachter entsprechend den in den Begutachtungs-Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 17 für Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen festgelegten Anforderungen,
- die Anforderungen an die Unabhängigkeit der von den Pflegekassen beauftragten Gutachter,
- das Verfahren, mit dem sichergestellt wird, dass von den Pflegekassen beauftragte unabhängige Gutachter bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie bei Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung anlegen,
- die Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren gemäß § 18a und
- die Einbeziehung der Gutachten der von den Pflegekassen beauftragten unabhängigen Gutachter in das Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

zu regeln. Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

## **Zu Nummer 26 (§ 55)**

### Zu Buchstabe a

Die Beitragssatzerhöhung trägt dem Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung Rechnung. Sie ist insbesondere zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45a) erforderlich.

### Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG vom 22. Dezember 2010, BGBl I S. 2309).

Bei landwirtschaftlichen Unternehmen sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen wird auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des KVLG 1989 aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, ein Zuschlag als Pflegeversicherungsbeitrag erhoben.

Bisher musste der Zuschlag für Landwirte zur Pflegeversicherung nach § 57 Absatz 3 entsprechend der Veränderung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 241 des Fünften Buches zum 1. Januar jeden Jahres vom Bundesministerium für Gesundheit bekannt gegeben werden. Da der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem 1. Januar 2011 gesetzlich auf 15,5 vom Hundert festgeschrieben wurde, entfällt die Notwendigkeit einer jährlichen Bekanntgabe des Zuschlags für Landwirte zur Pflegeversicherung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Eine Änderung des Zuschlags ergibt sich nur, wenn sich der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung nach § 55 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 1 oder in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 241 des Fünften Buches verändert. Der für 2012 bekannt gegebene Zuschlag gilt bis zur Beitragserhöhung in der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013. Er beträgt seit dem 1. Januar 2012 monatlich 12,6 vom Hundert in den Fällen des § 55 Absatz 5 Satz 2 (Mitglieder mit Kindern) und monatlich 14,22 vom Hundert in den Fällen des § 55 Absatz 5 Satz 3 (Mitglieder ohne Kinder). Wegen der Beitragssatzerhöhung in der sozialen Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2013 um 0,1 vom Hundert beträgt der Zuschlag ab diesem Zeitpunkt monatlich 13,2 vom Hundert in den Fällen des § 55 Absatz 5 Satz 2 (Mitglieder mit Kindern) und monatlich 14,81 vom Hundert in den Fällen des § 55 Absatz 5 Satz 3 (Mitglieder ohne Kinder).

### **Zu Nummer 27 (§ 57)**

Die Regelung entspricht der bisherigen Regelung in Satz 6 des § 57 Absatz 3. Im Übrigen wird auf die Einfügung des neuen Absatzes 5 zu § 55 Bezug genommen.

### **Zu Nummer 28 (§ 71)**

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung stellt klar, dass ambulante Pflegeeinrichtungen Pflegebedürftige auch betreuen können. Damit wird der Erweiterung des Auftrags ambulanter Pflegeeinrichtungen Rechnung getragen.

Zu Buchstabe b

In der praktischen Rechtsanwendung verhindert das Wort „nur“, dass Träger einer Einrichtung der Tagespflege die Einrichtung gleichzeitig auch für Angebote der Nachtpflege nutzen können. Die Streichung stellt sicher, dass bei aufeinander abgestimmten Angeboten selbständig wirtschaftende Einrichtungen zugelassen und mit Hilfe von Gesamtversorgungsverträgen wirtschaftlich betrieben werden können.

Zu Buchstabe c

Durch die Änderung wird erreicht, dass auch bei Berufsunterbrechungen aus anderen als den genannten Gründen - zum Beispiel bei der vorübergehenden Betreuung einer behinderten Person oder einer Berufsunterbrechung aus allgemeinen familiären Gründen - eine erleichterte Rückkehr in den Beruf möglich ist. Damit wird ein Beitrag zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf geleistet. Gleichzeitig wird eine Entbürokratisierung der Zulassung erreicht, da die Landesverbände der Pflegekassen nicht mehr prüfen müssen, ob im Einzelfall die Voraussetzungen für eine Verlängerung der Rahmenfrist von fünf auf acht Jahre vorliegen.

Zu Buchstabe d

Es wird für die Zeit nach dem 31. Dezember 2012 die Zulassung von Diensten ermöglicht, die schwerpunktmäßig häusliche Betreuung insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige erbringen wollen. Mit der gesonderten Zulassung von Pflegediensten, die sich auf Leistungen der häuslichen Betreuung konzentrieren möchten, wird der Ausweitung des Leistungsspektrums (§§ 4 Absatz 1, 36 Absatz 1) Rechnung getragen. Wie die bisherigen Pflegedienste

haben auch diese neuen Leistungserbringer Sachleistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung zu erbringen, wenn Pflegebedürftige dies wünschen. Die Forderung der Kenntlichmachung durch entsprechende zusätzliche Bezeichnungen, beispielsweise durch Namenszusätze wie „Betreuungsdienst“, ist erforderlich, um eine bessere Orientierung und die erforderliche Transparenz für Pflegebedürftige auf dem Markt zu erreichen.

Dem besonderen Anliegen dieser neuen Dienste entsprechend sind von den Landesverbänden der Pflegekassen an Stelle der Pflegefachkraft qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kräfte mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf als verantwortliche Kräfte anzuerkennen. Dies können zum Beispiel auch Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten sein.

Die bisher für verantwortliche Pflegefachkräfte geltende Anforderung hinsichtlich der - inhaltlich entsprechend angepassten - Weiterbildung von mindestens 460 Stunden gilt auch für diese verantwortlichen Kräfte.

#### **Zu Nummer 29 (§ 72)**

Zu Buchstabe a

Die Regelung trägt der Erweiterung des Leistungsspektrums (siehe die Änderungen der §§ 4 Absatz 1 und 36 Absatz 1) Rechnung. Die für die stationäre Pflege geltende Formulierung „allgemeine Pflegeleistungen“ wird im Zuge der Einführung der häuslichen Betreuung auf die all-gemeingültige Bestimmung der Art und des Umfangs der Pflege- und Betreuungsleistungen in § 4 Absatz 1 umgestellt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung trägt der engen Rechtsauslegung in der Praxis Rechnung, nach der aufgrund der Begrenzung auf die örtlich verbundenen Pflegeeinrichtungen nur in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Sachsen Gesamtversorgungsverträge abgeschlossen werden konnten. Damit auch in den übrigen Ländern die durch die Vereinbarung von Gesamtversorgungsverträgen erzielbaren Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden können, wird die Regelung moderat geöffnet.

#### Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung stellt klar, dass Versorgungsverträge mit Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 3a mit Wirkung frühestens ab dem 1. Januar 2013 vom Inkrafttreten an geschlossen werden können, so dass bereits im Jahr 2012 Versorgungsverträge mit Betreuungsdiensten abgeschlossen werden können.

#### Zu Buchstabe c

Durch die Einführung des Mindestlohns in der Pflege ist die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Regelung über die Pflicht der Pflegeeinrichtungen zur Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung für die Arbeitnehmer nicht mehr erforderlich, denen der Mindestlohn zu zahlen ist. Die Regelung wird entsprechend geändert, so dass sie nur noch in den Situationen zur Anwendung gelangt, in denen Pflegeeinrichtungen nicht nach dem Gesetz über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ihren Beschäftigten einen Mindestlohn zu zahlen haben. Dies ist beispielsweise bei Betreuungskräften oder Küchenkräften der Fall.

Durch die Begrenzung der Regelung auf die Gruppe der Beschäftigten, die nicht von der Mindestlohnregelung erfasst wird, wird Bürokratie abgebaut, da die Pflegeeinrichtungen nur noch für diese Beschäftigten unterschiedliche Lohnuntergrenzen beachten müssen. Gleichzeitig werden die Beschäftigten, die nicht von der Mindestlohnregelung erfasst sind, durch die Lohnuntergrenze vor Lohndumping geschützt.

Da die ambulante Versorgung der Versicherten durch die Aufnahme der häuslichen Betreuung (siehe Änderung der §§ 4 Absatz 1 und 36 Absatz 1) nicht mehr auf pflegerische Versorgung beschränkt ist, wird auch auf die Betreuung hingewiesen. Zugelassene Pflegeeinrichtungen werden allgemein verpflichtet, Versicherte im Rahmen des Versorgungsvertrages zu versorgen (Satz 2). Dies gilt für die Dauer der Zulassung durch Versorgungsvertrag (Satz 1). Die Änderung dient insoweit der Klarstellung, ohne die Anforderungen an die Erfordernisse pflegerischer Versorgung zu verändern.

#### Zu Buchstabe d

Da die ambulante Versorgung der Versicherten durch die Aufnahme der häuslichen Betreuung (siehe Änderung der §§ 4 Absatz 1 und 36 Absatz 1) nicht mehr auf pflegerische Versorgung beschränkt ist, werden zugelassene Pflegeeinrichtungen allgemein verpflichtet, Versicherte im Rahmen des Versorgungsvertrages zu versorgen (Satz 2). Dies gilt für die Dauer der Zulassung

durch Versorgungsvertrag (Satz 1). Die Änderung dient insoweit der Klarstellung, ohne die Anforderungen an die Erfordernisse pflegerischer Versorgung zu verändern.

### **Zu Nummer 30 (§ 75)**

Zu den Buchstaben a und b

Die Anpassung der Überschrift trägt der Erweiterung des Leistungsspektrums (siehe die Änderung der §§ 4 Absatz 1 und 36 Absatz 1) Rechnung. Da die ambulante Versorgung der Versicherten durch die Aufnahme der häuslichen Betreuung nicht mehr auf pflegerische Versorgung beschränkt ist, werden zugelassene Pflegeeinrichtungen allgemein verpflichtet, Versicherte im Rahmen des Versorgungsvertrages zu versorgen (Satz 2). Dies gilt für die Dauer der Zulassung durch Versorgungsvertrag (Satz 1). Die Änderung dient insoweit der Klarstellung, ohne die Anforderungen an die Erfordernisse pflegerischer Versorgung zu verändern.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Da die Pflegeleistungen (§ 36 Absatz 1) Leistungen der häuslichen Betreuung umfassen, ist insbesondere die Abgrenzung zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege notwendig, um insoweit beispielsweise Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragsparteien der Vergütungsverhandlungen nicht entstehen zu lassen. Die Regelung beauftragt die Vertragsparteien der Rahmenverträge im Land, unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung auf Bundesebene nach Absatz 8 für den Bereich der häuslichen Betreuung für die Abgrenzung zu Leistungen nach diesem Buch gemeinsam Regelungen zu treffen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelungen in Rahmenverträgen zur Festlegung von örtlichen und regionalen Einzugsgebieten haben alle Leistungen einschließlich Betreuung (§ 4 Absatz 1) zu berücksichtigen, so dass die Begrenzung auf die Pflegeleistungen aufgehoben wird.

Zu Buchstabe d

Um Art, Inhalt und Umfang typischer ambulanter Sachleistungen zur häuslichen Betreuung Pflegebedürftiger festzulegen, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überört-

lichen Träger der Sozialhilfe gemeinsam Regelungen zu vereinbaren. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Vereinigungen der Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind an der Vereinbarung zu beteiligen.

Die häusliche Betreuung umfasst persönliche Hilfeleistungen, beispielsweise durch Unterstützung und Beaufsichtigung im Haushalt des Pflegebedürftigen beziehungsweise seiner Familie sowie im häuslichen Umfeld, zur Orientierung und Gestaltung des Alltags sowie zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte des Pflegebedürftigen, soweit sie nicht in die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers fallen. Zur Gestaltung des Alltags gehören beispielsweise die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, die Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen, die Einhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus sowie die Unterstützung bei Hobby und Spiel. Das erfasst auch Aktivitäten, die dem Zweck der Kommunikation dienen, wie zum Beispiel das Vorlesen aus einer Zeitung. Spaziergänge in der näheren Umgebung können ebenso zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte beitragen, wie die Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten oder die Begleitung zum Friedhof. Darüber hinaus kommen Unterstützungsleistungen bei der Regelung von finanziellen und administrativen Angelegenheiten in Betracht.

Unter häuslicher Betreuung nach § 36 Absatz 1 sind jedoch keine Leistungen zu subsumieren, die bereits Bestandteil der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sind. Insoweit müssen die Vertragsparteien berücksichtigen, dass einerseits, beispielsweise während des Betreuens, auch Hilfeleistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich werden können und andererseits während grundpflegerischer Hilfeleistungen auch Betreuung anfallen kann. Dies ist durch entsprechende Regelungen voneinander abzugrenzen.

Die Vereinbarung soll die einzelnen Vergütungsverhandlungen zwischen den Kostenträgern und dem jeweiligen Pflegedienst erleichtern, indem sie für die Vertragsparteien einen allgemeingültigen, bundesweit einheitlichen Rahmen setzt und es so ermöglicht, die Vergütung individuell mit dem Pflegedienst vor Ort zügiger vereinbaren zu können. Durch die Mitwirkung der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe soll sichergestellt werden, dass eine sachgerechte Abgrenzung zu Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch erfolgt. Sollten die Entscheidungen nicht einvernehmlich getroffen werden können, ist § 81 anzuwenden. Durch die Beteiligung, insbesondere der Verbände der Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen, soll eine praxisnahe Ausgestaltung der Vereinbarungen gewährleistet werden.

### **Zu Nummer 31 (§ 77)**

#### Zu Buchstabe a

Die Änderung stärkt die praktische Umsetzung der Regelung, indem die „Kann“-Regelung zur „Soll“-Regelung weiterentwickelt wird. Dadurch müssen die Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit geeigneten Pflegekräften eingehen, soweit keine konkreten Gründe vorliegen, die dem entgegenstehen.

Die bisher in den Nummern 1 bis 4 genannten Voraussetzungen werden zusammengefasst, ohne dass der Anwendungsbereich der Vorschrift eingeengt wird. Auch der bisherige Satz 6 wird von der Neuregelung des Satzes 1 umfasst und daher gestrichen. An seine Stelle tritt die Klarstellung, dass auch Einzelpflegekräfte mit Pflegebedürftigen Pflegeverträge im Sinne des § 120 abzuschließen haben, in denen Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit dem Kostenträger vereinbarten Vergütungen darzustellen sind.

Die Änderung in Satz 2 zweiter Halbsatz trägt der Einführung der häuslichen Betreuung (siehe § 36 Absatz 1) Rechnung. Die Dienst-, Sach- und Geldleistungen umfassen vom 1. Januar 2013 an die häusliche Betreuung, die zur Orientierung und Gestaltung des Alltags sowie zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte des Pflegebedürftigen erforderlich ist, soweit sie nicht in die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers fällt. Hierzu zählen beispielsweise die Unterstützung und Beaufsichtigung im Haushalt des Pflegebedürftigen beziehungsweise seiner Familie sowie im häuslichen Umfeld.

#### Zu Buchstabe b

Die Versorgung Pflegebedürftiger, die in ambulanten Wohn- und Betreuungsformen untergebracht sind, in denen Präsenzkräfte eingesetzt werden, soll durch ein zielgenaueres Leistungs- und Leistungserbringerrecht gefördert werden. Es wird ambulanten Wohn- und Betreuungsformen erleichtert, insbesondere die in diesen Wohnformen zum Einsatz kommenden Präsenzkräfte zu Lasten der Pflegeversicherung zu finanzieren, ohne dass die Finanzierungszuständigkeit der Pflegeversicherung erweitert wird. Vom 1. Januar 2013 an kommen die Leistungen der häuslichen Betreuung hinzu, so dass die Regelung über ambulante Pflegesachleistungen (§ 36 Absatz 1a) und die Regelung über Einzelkräfte (§ 77) für nicht stationäre Wohn- und Betreuungsformen in der Weise geöffnet werden, dass Pflege und vom 1. Januar 2013 an auch häusliche Betreuung durch geeignete Einzelkräfte möglich wird.

Die Regelung wird - wie in Absatz 1 - als „Soll“-Regelung mit einer höheren Verbindlichkeit für die Pflegekassen ausgestattet. Es genügt entsprechend der in § 36 Absatz 1a vorgesehenen Änderung, dass die Pflegekasse eines einzelnen Pflegebedürftigen der betreuten Wohnform einen Vertrag mit der Einzelkraft abschließt. Der Vertrag wird dann auf Antrag der anderen Pflegebedürftigen der betreuten Wohnform für deren Pflegekassen verbindlich, soweit sich die Einzelkraft auch für die Versorgung und Betreuung der weiteren Pflegebedürftigen eignet. Auch diese Verträge haben insbesondere Regelungen zur Qualität und Qualitätssicherung zu enthalten und können nicht mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die als Mitglieder der Wohngemeinschaft mit den Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, geschlossen werden.

### **Zu Nummer 32 (§ 78)**

Die Änderung ist redaktioneller Art, da es nach Streichung des § 40 Absatz 4 Satz 2 keiner Regelungen zur Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bedarf.

### **Zu Nummer 33 (§ 81)**

Die Änderung ist redaktioneller Art. Sie trägt der Auflösung der See-Kranken- und Pflegekasse und deren Eingliederung in die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Rechnung.

### **Zu Nummer 34 (§ 84)**

Zur Förderung ehrenamtlicher Unterstützungsleistungen wird klargestellt, dass Pflegeeinrichtungen für ehrenamtliche Unterstützung im Sinne des § 82b den ehrenamtlich tätigen Personen Aufwandsentschädigungen zahlen können. Auch für Verwandte und Verschwägte der Pflegebedürftigen können, unabhängig vom Grad der Verwandtschaft, Aufwandsentschädigungen gezahlt werden. Voraussetzung ist, dass das Pflegeheim durch die Unterstützung entlastet wird.

Um Pflegebedürftige und Angehörige schon bei der Suche von in Betracht kommenden Pflegeeinrichtungen entsprechend zu informieren, ist die Ergänzung der Leistungs- und Preisvergleichslisten erforderlich. Dies fördert auch den Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen untereinander.

### **Zu Nummer 35 (§ 87)**

Die Änderung knüpft an die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, wie in seinem Urteil vom 13. Dezember 2007 (Az. III ZR 172/07), an und stellt ausdrücklich klar, dass Pflegebedürftigen nur dann Verpflegungskosten berechnet werden dürfen, soweit sie an den jeweiligen Tagen Verpflegung in Anspruch genommen haben. Nehmen Pflegebedürftige, beispielsweise aus gesundheitlichen oder behinderungsbedingten Gründen, die von der Einrichtung zur Verfügung gestellte Verpflegung nicht in Anspruch, sind sie für diese Tage nicht mit Kosten zu belasten. Dies ist nach § 87a Absatz 1 Satz 1 für den jeweiligen Berechnungstag zu berücksichtigen.

Unverändert können die Vertragsparteien für Haupt- und Zwischenmahlzeiten gesonderte Entgelte vereinbaren, um Pflegebedürftigen Möglichkeiten zur Abwahl einzelner Mahlzeiten zu ermöglichen und deren individuelle Selbstbestimmungsrechte weiter zu stärken. Um Pflegebedürftige und Angehörige schon bei der Suche von in Betracht kommenden Pflegeeinrichtungen entsprechend zu informieren, ist die Ergänzung der Leistungs- und Preisvergleichslisten erforderlich. Dies fördert auch den Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen untereinander und ergibt sich aus Satz 4.

### **Zu Nummer 36 (§ 87a)**

Da Entgelte für Verpflegung nur noch berechnet werden können, soweit die Verpflegung in Anspruch genommen wird (siehe Änderung des § 87), entfällt die Notwendigkeit für entsprechende Abschlagsregelungen in den Rahmenverträgen. Dem trägt die Streichung Rechnung.

### **Zu Nummer 37 (§ 87b)**

Zu Buchstabe a

Mit der Einführung des § 87b wurde es vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht, zusätzliche, sozialversicherungspflichtig beschäftigte Betreuungskräfte für die zusätzliche Betreuung von Bewohnern mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung einzustellen und die Aufwendungen hierfür durch Vergütungszuschläge refinanziert zu bekommen. Die Regelung wird nunmehr auf alle zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen ausgedehnt, indem Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen einbezogen werden. Damit wird dem Anliegen der Vorschrift, die Versorgung der Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf im Sinne des § 45a zu verbessern, auch im teilstationären Bereich Rechnung getragen und die bestehende Lücke zwischen den dafür vorgesehenen Möglichkeiten im ambulanten und im vollstationären Bereich geschlossen.

Die verbesserte Versorgung für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz durch zusätzliche Betreuungskräfte soll auch in Einrichtungen der Tages- und Nachpflege sichergestellt werden. Aufgabe der zusätzlichen Betreuungskräfte ist es, für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung auch in Einrichtungen der Tages- und Nachpflege ein ergänzendes Angebot an Betreuung und Aktivierung zu bieten. Sie sollen die zusätzlichen Betreuungsleistungen nur unter Anleitung von qualifizierten Pflegekräften, im Team und in enger Kooperation mit weiteren Fachkräften erbringen und insoweit Pflegekräfte unterstützen.

Der von der Pflegeversicherung finanzierte mögliche Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften im vollstationären Bereich hat sich in der Praxis bewährt. Bis Dezember 2010 wurden bereits über 9 000 Vereinbarungen abgeschlossen. Damit hatten circa 80 vom Hundert aller zugelassenen Pflegeheime Vergütungszuschläge vereinbart. Nach der im Jahr 2011 veröffentlichten Infratest-Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ stieg die Anzahl der zusätzlichen Betreuungskräfte bis Juni 2010 auf circa 25 000 Personen.

Zusätzliche Betreuungskräfte haben wesentlich dazu beigetragen, die betroffenen Heimbewohner bei ihren alltäglichen Aktivitäten zu unterstützen und die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen zu erhöhen. Die Ausweitung der Maßnahme auf den teilstationären Bereich lässt durch die Förderung und Stabilisierung des Zustandes der Pflegebedürftigen somit auch positive Auswirkungen auf die ambulante Versorgung erwarten.

Zu Buchstabe b

Klarstellung, dass für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, die Regelungen des § 28 entsprechend anzuwenden sind.

### **Zu Nummer 38 (§ 89)**

Zu Buchstabe a

Die Änderung trägt der Einbeziehung der häuslichen Betreuung im Rahmen des § 36 Absatz 1 Rechnung und stellt klar, dass bei der Vereinbarung von Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen auch die Vergütungen der Leistungen häuslicher Betreuung Gegenstand der Vereinbarungen zu sein haben.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Pflegebedürftige sollen sich flexibler als bisher und orientiert an ihren persönlichen Bedürfnissen die Leistungen zusammenstellen können, die Pflegedienste im Rahmen von Pflegeeinsätzen erbringen. Um Pflegebedürftigen die Gestaltungsmöglichkeiten bei der inhaltlichen und zeitlichen Zusammenstellung der individuell gewünschten Hilfeleistungen zu eröffnen, werden die Vertragsparteien verpflichtet, generell eine alternative Vergütungsregelung zu vereinbaren.

Die Änderung sieht vor, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2013, dem Zeitpunkt der Einführung der Leistungen der häuslichen Betreuung, die Vertragsparteien immer eine von dem tatsächlichen Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes abhängige Vergütungsregelung treffen. Hintergrund ist, dass Abrechnungen nach Zeitaufwand weitaus besser mit Betreuungsleistungen korrespondieren als die derzeitige in der Praxis bevorzugte Abrechnung nach Komplexleistungen. In Betracht kommt beispielsweise eine Stundenvergütung, die je nach tatsächlichem Aufwand an Zeit anteilig berechnet wird. Maßstab ist der tatsächliche Aufwand an Zeit vor Ort, so dass Formen der Pauschalierung hier unzulässig sind. Die Vergütungen können also nicht so bemessen werden, dass zum Beispiel für jede angefangene Viertelstunde eine anteilige Stundenvergütung berechnet werden kann. Welche Leistungen der Pflegedienst in dieser Zeit erbringt, obliegt der freien Auswahl durch den Pflegebedürftigen.

Die Änderung lässt die Bemessung von Vergütungen unberührt, die vom tatsächlichen Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes unabhängig sind. Hier können die Vertragsparteien unverändert Vergütungen vereinbaren, die sich zum Beispiel am typischen Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes orientieren oder eine Komplexleistung darstellen. Auch weiterhin können für sonstige Leistungen, wie zum Beispiel hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten, pauschalierte Vergütungen vereinbart werden. Die Regelung verpflichtet jedoch die Vertragsparteien auch zur Vereinbarung von Vergütungen, die vom tatsächlichen Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes unabhängig sind.

Aufgrund der alternativen Vergütungsformen und den daraus erwachsenen Wahlmöglichkeiten können Pflegebedürftige ihren individuellen Bedürfnissen besser und gezielter Rechnung tragen (siehe auch Änderung des § 120). Der Aufwand, der den Vertragsparteien durch die zusätzlich zu vereinbarende Zeitvergütungen entsteht, tritt deutlich hinter dem Mehrwert zurück, den die einzelnen Pflegebedürftigen durch den Zuwachs an individueller Flexibilität und Selbstbestimmtheit der Lebensführung erlangen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Vergütungen für Leistungen der häuslichen Betreuung sind bereits nach Absatz 1 zu vereinbaren (siehe oben zu Buchstabe a), so dass hier die entsprechende Verpflichtung gestrichen wird. Mit der Änderung wird gleichzeitig klargestellt, dass Vergütungen für Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 Satz 4 zu vereinbaren sind (vergleiche das Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 2009, Az.: B 3 P 3/08 R).

### **Zu Nummer 39 (§ 91)**

Die Änderung trägt der Einführung der häuslichen Betreuung im Rahmen des § 36 Absatz 1 Rechnung. Die Dienst-, Sach- und Geldleistungen umfassen die häusliche Betreuung, die zur Orientierung und Gestaltung des Alltags sowie zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte des Pflegebedürftigen erforderlich ist, soweit sie nicht in die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers fällt. Hierzu zählen beispielsweise die Unterstützung und Beaufsichtigung im Haushalt des Pflegebedürftigen beziehungsweise seiner Familie sowie im häuslichen Umfeld.

### **Zu Nummer 40 (§ 94)**

Es handelt sich um eine datenschutzrechtliche Folgeänderung zur Einführung von Beratungsgutscheinen.

### **Zu Nummer 41 (§ 97d)**

Zu Absatz 1

Die Regelung enthält die erforderliche datenschutzrechtliche Befugnis für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten durch unabhängige Gutachter, die von den Pflegekassen mit der Begutachtung im Sinne des § 18 beauftragt werden.

Zu Absatz 2

In Anlehnung an § 97 Absatz 3 Satz 1, der für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gilt, sind die personenbezogenen Daten spätestens nach fünf Jahren zu löschen. Für den Beginn der Frist gilt § 107 Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

### **Zu Nummer 42 (§ 105)**

Es handelt sich um eine datenschutzrechtliche Änderung, die aufgrund der Rechtsprechung erforderlich geworden ist.

Es wird eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung dafür geschaffen, dass Pflegeeinrichtungen für die Abrechnung ihrer Pflegeleistungen Rechenzentren einschalten können. Damit können beispielsweise ambulante Pflegedienste nicht nur ihre Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem Fünften Buch, sondern auch ihre Pflegeleistungen nach dem Elften Buch über Rechenzentren abrechnen lassen. Die nunmehr aufgrund eindeutiger rechtlicher Grundlage mögliche einheitliche Abrechnung der Leistungen stellt einen maßgeblichen Beitrag zur Entbürokratisierung dar.

### **Zu Nummer 43 (§ 109)**

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird es zunehmend schwieriger eine ausreichende Zahl von Fachkräften in der Altenpflege zu gewinnen. Um für entsprechende Maßnahmen zur Sicherung des Fachkräftebedarfs eine ausreichend differenzierte Datengrundlage zu haben, ist es erforderlich die Pflegestatistik tiefer zu untergliedern. Dazu werden das Geburtsjahr der Beschäftigten sowie Ausbildungsart (Beruf, Erstausbildung oder Umschulung) und Ausbildungsjahr ergänzt.

### **Zu Nummer 44 (§ 113)**

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung in Absatz 1 Satz 2 beinhaltet eine Klarstellung zum Inkrafttreten der Grundsätze und Maßstäbe im Zusammenhang mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger.

Zu Buchstabe b

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 war das Zieldatum 31. März 2009 zur Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze durch die Vereinbarungspartner mit der Anrufungsmöglichkeit der Schiedsstelle verbunden worden. Es ist sachdienlich, das Datum zu streichen und durch eine Formulierung zu ersetzen, die eine zukünftige Weiterentwicklung der Maßstäbe und Grundsätze erleichtert. Dabei wird - wie bei der Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen - eine Erarbeitungsfrist von sechs Monaten bestimmt, bevor die Anrufung der Schiedsstelle erfolgen kann.

In diesem Zusammenhang wird auf die Aufnahme von häuslicher Betreuung in den Sachleistungsanspruch (§§ 36, 75) hingewiesen: Für die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen in der häuslichen Betreuung sind die „Maßstäbe und Grundsätze“ durch die Vertragspartner nach § 113 Absatz 1 zu ergänzen.

#### **Zu Nummer 45 (§ 114)**

Zu Buchstabe a

Ob und welche Regelungen ein Pflegeheim hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung getroffen hat, kann für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ein wichtiges Auswahlkriterium bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung sein.

Deshalb wird für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Verpflichtung normiert, den Landesverbänden der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung mitzuteilen, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in der Einrichtung geregelt sind. Dabei sind wesentliche Aspekte aus den Regelungsbereichen der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung hervorzuheben und insbesondere darüber Auskunft zu geben, ob Kooperationsverträge mit Ärzten, Fachärzten und Zahnärzten bestehen, ob die Einrichtung in Ärztenetze zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner eingebunden ist, mit welcher Häufigkeit ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Visiten stattfinden, wie häufig berufsübergreifende Fallbesprechungen durchgeführt werden, wie die ärztliche Rufbereitschaft und Versorgung, insbesondere nach 22 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen, sichergestellt ist. Hinsichtlich der Arzneimittelversorgung ist insbesondere darauf einzugehen, ob Vereinbarungen mit Apotheken bestehen. Durch die Beachtung dieser Kriterien wird im Interesse der Pflegebedürftigen die Vergleichbarkeit der Angaben ermöglicht.

Die Vorschrift steht im Zusammenhang mit der Erweiterung der in § 115 Absatz 1a verankerten Informationspflicht der Landesverbände der Pflegekassen gegenüber den Pflegebedürftigen: Die Landesverbände der Pflegekassen haben ab dem 1. Januar 2013 die gesetzliche Verpflichtung sicherzustellen, dass für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Informationen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zeitgleich und im Zusammenhang mit den Transparenzberichten verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Aus diesem Grund gilt auch die Informationspflicht der

vollstationären Pflegeeinrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen erst ab dem 1. Januar 2013.

Die Einrichtungen haben die Möglichkeit, nach Erhalt des vorläufigen Transparenzberichts den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von 28 Tagen Unterlagen zuzusenden, die in die Veröffentlichung aufzunehmen sind und die Angaben enthalten, die nicht in den Qualitätsprüfungen erhoben werden (vergleiche Anlage 4 zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen stationär (PTVS) vom 17. Dezember 2008). Es bietet sich an, im Zusammenhang mit diesem Informationsfluss die Selbstauskünfte zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung zu übermitteln.

Meldungsrelevante Änderungen hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung sind den Landesverbänden der Pflegekassen von den vollstationären Pflegeeinrichtungen innerhalb von vier Wochen zu melden.

Zu Buchstabe b

Die Neufassung des Absatzes dient der Entlastung der Prüfverfahren. Die Konkretisierung der Regelung trägt dazu bei, Synergieeffekte in operativer wie inhaltlicher Hinsicht stärker zu nutzen und die Pflegeeinrichtungen wirksamer vor nicht erforderlichen, belastenden Doppelprüfungen zu schützen. Die Regelung steht im Zusammenhang mit der Stärkung des Auftrags an Pflegekassen und Medizinische Dienste zur Zusammenarbeit mit den Heimaufsichtsbehörden gemäß § 117.

Die bisherige Pflicht der Landesverbände der Pflegekassen, bei der Festlegung des Umfangs der Regelprüfung vorliegende Ergebnisse von Prüfungen der Heimaufsicht und anderer landesrechtlicher Prüfinstanzen zu berücksichtigen, wird dahingehend konkretisiert, dass nunmehr vor einer Regelprüfung solche Prüfergebnisse aktiv zu erfragen und auszuwerten sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob und welche Ergebnisse einer Prüfung der Heimaufsicht oder eines nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahrens die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen zum Gegenstand hatten.

Zu beachten sind dabei die geltenden Vorschriften für die Durchführung von Prüfungen und die Darstellung von Prüfergebnissen nach dem Elften Buch. Die Verantwortung der Landesverbände der Pflegekassen für die Prüfung der Einhaltung der aufgeführten Qualitätsanforderungen wird durch diese Regelungen nicht eingeschränkt.

Das bedeutet, dass die Landesverbände der Pflegekassen vor einer Verringerung des Prüfungsumfanges zu klären haben, ob die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist. Zudem sind nur Prüfungen zu berücksichtigen, die nicht länger als neun Monate zurückliegen, weil die Berücksichtigung älterer Prüfergebnisse dem jährlichen Prüfrhythmus gemäß § 114 Absatz 2 widerspräche.

Die Pflegeeinrichtung kann, zum Beispiel wenn sie bei der Prüfung der Heimaufsicht in einzelnen Bereichen schlechte Ergebnisse erzielt hat, verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen und in vollem Umfang geprüft wird. Damit wird den Pflegeeinrichtungen die Chance gegeben, zwischenzeitlich erreichte Verbesserungen der Qualität nachzuweisen.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass nach § 114 Absatz 5 Satz 2 oder 3 lediglich tatsächlich angefallene (veranlasste) Kosten der Wiederholungsprüfung abgerechnet werden dürfen. Nicht von der Rechtsgrundlage gedeckt ist die Geltendmachung von Pauschalen oder Durchschnittswerten. Gleichfalls nicht gedeckt ist die Geltendmachung von Kosten, die auch ohne eine Wiederholungsprüfung anfallen, etwa Verwaltungs- und Vorhaltekosten.

#### **Zu Nummer 46 (§ 114a)**

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, wurde die Häufigkeit von Qualitätsprüfungen im ambulanten und stationären Bereich erhöht (jährliche Regelprüfung) und klargestellt, dass die Prüfungen grundsätzlich unangemeldet durchzuführen sind. Bei der Prüfung von ambulanten Pflegediensten findet bereits heute vielfach eine Prüfanündigung am vorherigen Tag statt, um die Anwesenheit der Pflegedienstleitung und die organisatorische Durchführung der Prüfung sicherzustellen. Die Pflegedienstleitung ist in ambulanten Einrichtungen oft selbst in die Pflege eingebunden. Vor diesem Hintergrund wird nunmehr gesetzlich geregelt, dass die Qualitätsprüfung bei ambulanten Pflegeeinrichtungen kurzfristig angekündigt werden soll, wenn die Durchführung der Qualitätsprüfung organisatorisch sonst nicht möglich ist. Als kurzfristig ist eine Ankündigung am Tag vor der Prüfung anzusehen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung - oder eine andere Prüfinstitution - ist in diesen Fällen verpflichtet, gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen schriftlich zu begründen, warum von einer unangemeldeten Prüfung abgesehen wurde. Diese Mitteilung kann auch Grundlage einer Information im Rahmen der Transparenzberichte gemäß § 115 Absatz 1a sein.

## **Zu Nummer 47 (§ 115)**

zu Buchstabe a

Die Regelung steht im Zusammenhang mit der in § 114 Absatz 1 neu normierten Verpflichtung für Pflegeheime, unmittelbar im Anschluss an eine Regelprüfung die Landesverbände der Pflegekassen darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in der Einrichtung organisiert ist. Ob und welche Regelungen ein Pflegeheim hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung getroffen hat, können für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wichtige Auswahlkriterien bei der Suche nach einer vollstationären Pflegeeinrichtung sein.

Die Neuregelung in § 115 Absatz 1a erweitert die Informationspflicht der Landesverbände der Pflegekassen: Sie haben sicherzustellen, dass die Informationen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung vollstationärer Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Dabei ist darauf abzielen, die Mitteilung zu strukturieren und eine belastbare Information der Versicherten und eine Vergleichbarkeit der Angaben zu gewährleisten. Die Veröffentlichungspflicht für die Landesverbände der Pflegekassen tritt erst am 1. Januar 2013 in Kraft, damit die Landesverbände der Pflegekassen ausreichend Zeit haben, um die technischen Voraussetzungen für die Veröffentlichung entsprechend den gesetzlichen Maßgaben zu schaffen.

Zu Buchstabe b

Informationen über die in der Einrichtung zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Organisation der Arzneimittelversorgung getroffenen Regelungen sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. Dadurch wird sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen auch in der Pflegeeinrichtung selbst diesbezüglich eine aktuelle Information erhalten.

Zu Buchstabe c

Es wird festgelegt, dass die Informationen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung im Zusammenhang mit dem Transparenzbericht zu veröffentlichen sind. Diese Regelung berücksichtigt das Interesse des Pflegebedürftigen nach umfassenden, leicht zugänglichen Informationen. Gleichzeitig bietet die Regelung die Möglichkeit zur Bündelung der Informationsflüsse, denn im Zusammenhang mit dem Transparenzbe-

richt findet bereits ein Datenaustausch zwischen der Einrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen statt: Nach Anlage 4 zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen stationär (PTVS) vom 17. Dezember 2008 haben die Einrichtungen die Möglichkeit, nach Erhalt des vorläufigen Transparenzberichts den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von 28 Tagen Unterlagen zuzusenden, die in die Veröffentlichung aufzunehmen sind und die Angaben enthalten, die nicht in den Qualitätsprüfungen erhoben werden. Es bietet sich an, die gesetzlich geforderten Selbstauskünfte zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung im Zusammenhang mit diesem Informationsfluss zu übermitteln.

### **Zu Nummer 48 (§ 117)**

Ein unzureichend koordiniertes Nebeneinander von Prüfungen stationärer Pflegeeinrichtungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beziehungsweise den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Heimaufsichtsbehörden sowie die Prüfung ambulanter Pflegeeinrichtungen durch Medizinische Dienste der Krankenversicherung beziehungsweise den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. und - je nach Ausgestaltung des Landesrechts - nach heimrechtlichen Vorschriften durch die dafür zuständigen Behörden und zusätzliche Prüfungen durch andere aufsichtführende Behörden und Institutionen kann für Pflegeeinrichtungen eine Belastung darstellen. Die bisherigen Verpflichtungen zur Zusammenarbeit nach § 117 sollen daher konkreter gestaltet werden und den Pflegekassen, Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. mehr Raum zur Entwicklung der Zusammenarbeit mit den Institutionen der Heimaufsicht geben.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Für die Prüfpraxis sind der fachliche Austausch und die Abstimmung von zentraler Bedeutung. Sie sollten regelmäßig und zu allen bereits in der Vorschrift angesprochenen Fragestellungen stattfinden. Dies wird durch die Einfügung des Wortes „regelmäßig“ sichergestellt. Die Zusammenarbeit von Heimaufsichtsbehörden und Medizinischen Diensten soll daher nicht nur auf operativer Ebene, sondern auch im Hinblick auf die Verbesserung der fachlichen Voraussetzungen stattfinden. Dies kann auch dazu beitragen, ein einheitliches Qualitätsverständnis zu entwickeln. Der Austausch kann in hierfür geschaffenen gemeinsamen Gremien, aber zum Beispiel auch durch gegenseitige oder gemeinsame Schulungen oder wechselseitige Hospitationen erfolgen.

#### Zu Doppelbuchstabe bb

In einer Konkretisierung der bisherigen Regelung werden die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nunmehr auch unmittelbar verpflichtet, sich an Vereinbarungen zu beteiligen, wenn solche in einem Land etwa auf Grundlage heimrechtlicher Vorschriften angestrebt werden.

#### Zu Buchstabe b

Durch die Erweiterung des Absatzes 2 wird ausdrücklich die Möglichkeit für Kassen, Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. geschaffen, Modellvorhaben zu vereinbaren, die mit dem Ziel durchgeführt werden, das Vorgehen bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und Prüfungen nach heimrechtlichen Vorschriften besser zu koordinieren beziehungsweise ein einheitliches Vorgehen zu erreichen. Ziel kann zum Beispiel die Entwicklung einheitlicher Prüfkriterien und einer einheitlichen Verfahrenanleitung, aber auch die Abstimmung einer arbeitsteiligen Prüfung unter Wahrung der jeweiligen gesetzlichen Befugnisse und Verantwortlichkeiten sein. Bei der Entwicklung einheitlicher Qualitätskriterien und Prüfanleitungen sollen neue fachliche Erkenntnisse, wie zum Beispiel die Ergebnisse des Modellprojekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ berücksichtigt werden.

Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität bleibt wie die Prüfverpflichtung hinsichtlich der Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen gemäß §114 Absatz 2 Satz 2 bestehen. Dies ist angesichts des Schutzbedürfnisses der Pflegebedürftigen und des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen auch in einem gemeinsamen Prüfverfahren unerlässlich, ohne dass damit eine Bindung an das für die Prüfungen nach diesem Buch geltende Verfahren im Einzelnen geschaffen wird. Diese Verantwortung ist von den Pflegekassen regelhaft auch wahrzunehmen, wenn Prüfergebnisse der Heimaufsichtsbehörden dahingehend geprüft werden, inwieweit sie den Anforderungen dieses Buches entsprechen (siehe § 114 Absatz 3). Für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens kann aber von den Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 abgewichen werden.

Es ist zu gewährleisten, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden können. Das heißt, auch im Rahmen eines Modellvorhabens ist die Veröffentlichung der von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität vorzusehen, wie sie seit 2008 im Elften Buch (und seither auch in verschiedenen Heimgesetzen der Länder) niedergelegt ist. Abweichungen von den nach § 115 Absatz 1a Satz 6 bundesweit getroffenen Transparenzvereinbarungen sind zum Zweck einer offenen Modellgestaltung jedoch möglich.

### **Zu Nummer 49 (§ 118)**

#### Zu Absatz 1

Bei Fragen der Begutachtung und im Qualitätsbereich wird die Beteiligung von den Betroffenen und ihren Organisationen als unzureichend empfunden. Die Beteiligung von Betroffenenorganisationen war im Elften Buch bisher uneinheitlich geregelt und ging - mit Ausnahme des Vorschlagsrechts zu Expertenstandards - über ein so genanntes qualifiziertes Stellungnahmerecht (frühzeitige Übersendung der entsprechenden Entscheidungsunterlagen und angemessene Frist zur Stellungnahme) nicht hinaus. Ziel der Neuregelung in Absatz 1 ist es, in Anlehnung an entsprechende Regelungen im Fünften Buch zur Patientenbeteiligung die Betroffenenperspektive bei Fragen der Begutachtung und im Qualitätsbereich durch eine stärkere und qualifiziertere Beteiligung besser einzubinden. Dies ist sowohl im Hinblick auf sachgerechte Lösungen als auch im Hinblick auf die Akzeptanz der Entscheidungen sinnvoll. Die Beteiligung bei Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren - die Richtlinienkompetenz wird in § 18a verankert - wird von der Regelung umfasst.

Im Qualitätsbereich werden die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität, die Sicherstellung der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, die Qualitätsprüfungsrichtlinien und die Transparenzvereinbarungen von der Regelung erfasst.

Zukünftig sind sowohl ein Anwesenheitsrecht als auch ein Mitberatungsrecht vorgesehen. Das Mitberatungsrecht umfasst kein Stimmrecht. Wird einem schriftlichen Anliegen der zu beteiligenden Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen. Das Vorschlagsrecht bei den Expertenstandards bleibt unangetastet.

Zu Absatz 2

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, Einzelheiten zum Verfahren der Beteiligung, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisation, Legitimation und Offenlegung der Finanzen der zu beteiligenden Organisationen, durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln.

**Zu Nummer 50 (§ 120)**

Zu Buchstabe a

Die Änderung trägt der Einführung der häuslichen Betreuung Rechnung. Diese umfasst beispielsweise die Unterstützung und Beaufsichtigung im Haushalt des Pflegebedürftigen beziehungsweise seiner Familie sowie im häuslichen Umfeld, die zur Orientierung und Gestaltung des Alltags sowie zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte des Pflegebedürftigen erforderlich ist, soweit sie nicht in die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers fällt (siehe Änderung des § 36 Absatz 1).

Zu Buchstabe b

Die Regelung stellt klar, dass Pflegeverträge von den Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden können. Die Präzisierung greift die Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 9. Juni 2011 (Az. III ZR 203/10) auf und dient hinsichtlich zugelassener Pflege- und Betreuungsdienste der Rechtssicherheit. Dadurch entfällt der bisherige Satz 2 (probeweise Inanspruchnahme), der durch die Klarstellung entbehrlich wird.

Zu Buchstabe c

Die Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 89, neben vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungen generell auch vom Zeitaufwand abhängige Vergütungen zu vereinbaren, dient der Stärkung der Wahlmöglichkeiten Pflegebedürftiger (siehe Änderung des § 89) und ermöglicht es Pflegebedürftigen, bei der Wahl von Vergütungen nach Zeitaufwand frei zu entscheiden, welche Leistungen der Pflegedienst in dieser Zeit erbringt. Zum Schutz des einzelnen Pflegebedürftigen werden Pflegedienste ergänzend verpflichtet, generell Hilfeleistungen sowohl auf Basis von Zeitvergütungen als auch entsprechend dem vereinbarten vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungssystem anzubieten.

Pflegebedürftige sind vom Pflegedienst vor Vertragsschluss und zeitnah nach jeder wesentlichen Veränderung durch einen Kostenvoranschlag zu informieren, wie sich die Wahl des Vergütungsmodells jeweils im Ergebnis konkret und gegebenenfalls unterschiedlich auswirkt. Dadurch werden die Auswahlmöglichkeiten und das Wahlrecht für den Einzelnen zu Beginn und über die Dauer des Pflegevertrages transparent und nachvollziehbar. Veränderungen sind insbesondere dann wesentlich, wenn die Änderung in der Pflegesituation zur Anpassung der Pflegestufe führt oder Vergütungen erneut vereinbart werden. Klargestellt wird darüber hinaus, dass ausschließlich der einzelne Pflegebedürftige entscheidet, bei welchen Hilfeleistungen welche Form der zur Auswahl stehenden Vergütungen gewählt wird.

Selbstverständlich kann die Form der Vergütungen individuell auch so zusammengestellt werden, dass zwischen den vereinbarten Vergütungssystemen gewechselt wird. Der Pflegebedürftige ist nicht auf Dauer an seine Entscheidung gebunden, sondern kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zum Beispiel von der Vergütung nach Zeitaufwand zu den vereinbarten Vergütungen nach Leistungskomplexen wechseln. Da bewusste Auswahlentscheidungen nicht ohne Grund verändert werden, wird auf Regelungen verzichtet, die eine Bindungswirkung für eine bestimmte Zeit bewirken.

### **Zu Nummer 51 (§ 123)**

Mit dieser Vorschrift werden für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a) Leistungsverbesserungen in der sozialen und privaten Pflegeversicherung eingeführt. Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen haben einen besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf, der vor allem über den Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege, also der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität, hinausgeht. Bei diesem Personenkreis spielen die körperlichen Defizite häufig nicht die zentrale Rolle. Ihr dennoch bestehender Hilfe- und Betreuungsbedarf kann nach den bisherigen Regelungen oftmals nicht ausreichend bei der Begutachtung erfasst werden. Aus diesem Grund soll der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird die weiteren Schritte für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von einem Expertenbeirat fachlich fundiert vorbereiten lassen.

Bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollen Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz jedoch bereits höhere Leistungen erhalten. Gleichzeitig werden die Pflegesachleistungen nach § 36, die bisher auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung beschränkt sind, für Betreuungsleistungen geöffnet, was vor allem diesem Personenkreis zugute kommen wird.

Die Leistungsverbesserungen beziehen sich auf Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, weil die stationäre Pflege bereits heute die soziale Betreuung mit einschließt (§ 82 Absatz 1 Satz 3) und darüber hinaus künftig bei allen Formen stationärer Pflege zusätzliche Betreuungskräfte (§ 87b) zu Lasten der Pflegekassen eingesetzt werden können.

Die Leistungen für Pflegebedürftige der Pflegestufe III mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden im Rahmen dieser Übergangsregelung nicht erhöht, weil diese Personen auch nach Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine höheren Leistungen erhalten werden als Pflegebedürftige mit ebenfalls der Pflegestufe III (beziehungsweise der höchsten Pflegestufe, die dann nach einer neuen Systematik gegebenenfalls gilt), deren Pflegebedürftigkeit auf somatischen Einschränkungen beruht.

Zu Absatz 1

Bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens erhalten ambulant versorgte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a) aufgestockte Leistungen, die höher liegen als die aktuellen Leistungsbeträge der jeweiligen Pflegestufe. Weder das bestehende Begutachtungsverfahren nach § 18 noch das Verfahren zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a müssen hierzu geändert werden. Damit wird bei der Frage, ob und in welcher Höhe Pflegeleistungen bezogen werden können, auch darauf abgestellt, ob ein besonderer Betreuungsbedarf im Sinne des § 45a bei der Begutachtung festgestellt wird. Etwa 500 000 ambulant versorgte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe III werden von den Leistungsverbesserungen profitieren.

Zu Absatz 2

Pflegebedürftige der so genannten Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten 50 vom Hundert der Leistungen, die für Pflegestufe I vorgesehen sind.

Verhinderungspflege (§ 39) sowie Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40) können in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Dies gilt wie bisher auch - ohne dass es hierfür einer neuen Regelung bedarf - für die Pflegeberatung (§ 7a), Pflegekurse (§ 45) und zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b).

Zu den Absätzen 3 und 4

Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten erhöhte Leistungsbeträge, nämlich eine Erhöhung um 33 vom Hundert des jeweiligen

Differenzwertes zwischen dem Leistungsbetrag ihrer Pflegestufe und dem Leistungsbetrag der nächst höheren Pflegestufe.

## **Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Zu Nummer 1 (§ 23)**

Pflegepersonen sind durch ihre Situation stark, oft bis hin zur Überforderung, belastet. Die Gesundheit ist gefährdet oder eine Erkrankung liegt bereits vor. Gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Pflegepersonen sind deshalb, auch im Sinne der pflegebedürftigen Angehörigen, von besonderer Bedeutung.

Pflegende Angehörige haben zwar schon nach geltendem Recht Anspruch auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit die medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Die Neuregelung trägt aber der besonderen Situation, in der sich die pflegenden Angehörigen befinden, Rechnung und unterstreicht, dass die Krankenkassen bei ihren Entscheidungen die besonderen Belastungen pflegender Angehöriger berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang ist auf die Ergänzung in § 42 des Elften Buches hinzuweisen, die die Möglichkeit eröffnet, bei stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge von häuslich Pflegenden auch die Pflegebedürftigen in der Einrichtung mit aufzunehmen.

### **Zu Nummer 2 (§ 40)**

Pflegepersonen sind durch ihre Situation stark, oft bis hin zur Überforderung, belastet. Die Gesundheit ist gefährdet oder eine Erkrankung liegt bereits vor. Gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Pflegepersonen sind deshalb, auch im Sinne der pflegebedürftigen Angehörigen, von besonderer Bedeutung.

Pflegende Angehörige haben zwar schon nach geltendem Recht Anspruch auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit die medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Die Neuregelung trägt aber der besonderen Situation, in der sich die pflegenden Angehörigen befinden, Rechnung und unterstreicht, dass die Krankenkassen bei ihren Entscheidungen die besonderen Belastungen pflegender Angehöriger berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang ist zum einen auf die Ergänzung in § 42 des Elften Buches hinzuweisen, die die Möglichkeit eröffnet, bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen von häuslich Pflegenden auch die Pflegebedürftigen in der Einrichtung mit aufzunehmen. Zum anderen ist auf die Neuregelung in § 9 Absatz 2 des Sechsten Buches hinzuweisen, die mit der Änderung in § 40 korrespondiert.

### **Zu Nummer 3 (§ 87)**

Um die Hausbesuchstätigkeit von Vertragszahnärzten bei Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen durch den Abschluss von Kooperationsverträgen mit vorgeannten Einrichtungen zu fördern, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eine zusätzliche Leistung vorzusehen. Damit wird die Abrechnung einer zusätzlichen Vergütung für zahnärztliche Leistungen, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden, ermöglicht. Diese zusätzliche Vergütung soll in der Bewertung über die Vergütung für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen nach § 87 Absatz 2i Satz 1 hinausgehen.

Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Vergütung ist der Abschluss einer Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages für eine zahnärztliche Betreuung von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen (vergleiche die Einfügung von § 119b Absatz 2). In einer solchen bundesweiten Vereinbarung sind konkret die Anforderungen, Aufgaben sowie Qualitätsbeziehungsweise Versorgungsziele und Regelungen zur Vergütung festzulegen. Dies erlaubt auch, einzelne regional praktizierte und erfolgreiche Kooperationsansätze in der Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten zu sammeln, zu bewerten und flächendeckend zu imple-

mentieren. Durch die zusätzliche Vergütung wird ein finanzieller Anreiz geschaffen, die vereinbarten Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele umzusetzen. Die Leistung nach § 87 Absatz 2i Satz 1 ist in diesen Fällen nicht gesondert abrechnungsfähig, da die Leistungsbewertung nach § 87 Absatz 2j über die Leistungsbewertung nach § 87 Absatz 2i hinausgeht und damit bereits den Aufwand für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen umfasst. Die Vorschrift in Satz 3 stellt sicher, dass Ausgabensteigerungen aufgrund des Ausbaus der zahnmedizinischen Versorgung im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b Absatz 1 nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzen.

#### **Zu Nummer 4 (§ 87a)**

Um die Hausbesuchstätigkeit bei Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen, insbesondere durch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, oder den Abschluss von Kooperationsverträgen mit vorgenannten Einrichtungen zu fördern, können die Gesamtvertragspartner auf Landesebene Zuschläge für besonders förderwürdige Leistungen oder Leistungserbringer auf der Grundlage bestimmter Anforderungen vereinbaren. Kriterien des Bewertungsausschusses zur Gewährung von Zuschlägen bedarf es dafür nicht, da als zwingende Voraussetzung für die Möglichkeit der Vereinbarung von Vergütungszuschlägen die Erarbeitung einer Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages für eine teamorientierte haus- und fachärztliche Betreuung von Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen vorgesehen ist (vergleiche Einfügung von § 119b Absatz 2). Deshalb sind in einer solchen bundesweiten Vereinbarung konkret die Anforderungen, Aufgaben sowie Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele und Regelungen zur Vergütung festzulegen. Im Bundesmantelvertrag werden bis zu einem Stichtag (spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten der Regelung) entsprechende Anforderungen vereinbart. Dies erlaubt auch, einzelne regional praktizierte und erfolgreiche Kooperationsansätze in der Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten zu sammeln, zu bewerten und flächendeckend zu implementieren.

#### **Zu Nummer 5 (§ 92)**

Mit der Regelung wird klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 des Fünften Buches Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) bestimmen soll. Die Regelung ergänzt die bereits durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes getroffenen Regelungen zur Bekämpfung resistenter Erreger, insbesondere die Regelung betreffend ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-Trägern (siehe § 87 Absatz 2a Satz 3).

## **Zu Nummer 6 (§ 119b)**

### Zu Buchstabe a

Aufgrund der Kritik an der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen wurde mit dem im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28. Mai 2008 neu eingefügten § 119b stationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit eröffnet, einzeln oder gemeinsam mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern Kooperationsverträge zu schließen. Zur Förderung solcher Kooperationsverträge wurde zudem vorgesehen, dass auf Antrag der Pflegeeinrichtung die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner den Abschluss eines entsprechenden Vertrages „anzustreben“ hat. Um solche Kooperationsverträge noch stärker zu fördern, wird diese Regelung verbindlicher ausgestaltet. Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird künftig aufgegeben, bei Vorliegen eines entsprechenden Antrags einer Pflegeeinrichtung den Abschluss eines Kooperationsvertrages nicht lediglich anzustreben, sondern zu vermitteln. Die Regelung gilt entsprechend auch für die zahnärztliche Versorgung (vergleiche § 72 Absatz 1 Satz 2).

### Zu Buchstabe b

Arzt und Pflegeeinrichtung verfolgen gemeinsam das Ziel, die an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen miteinander zu vernetzen und die Zusammenarbeit zu stärken. Hierin sind vor allem der Umfang der Versorgung einschließlich Kooperationsregeln, Qualitätsbeziehungswise Versorgungsziele, die Aufgaben der teilnehmenden Ärzte sowie Regelungen zur Vergütung festzulegen.

Die allgemeinen Versorgungsziele sind insbesondere:

- die multiprofessionelle Zusammenarbeit und den Informationsaustausch (Fallbesprechungen/Visiten) zwischen allen an der Pflege und medizinischen Versorgung der Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung beteiligten Pflegekräfte, Ärzte und Fachärzte zu verbessern,
- unnötige Krankenhausaufenthalte und damit verbundene Krankentransporte zu vermeiden,
- ärztliche Versorgung auch nach 22 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen sicherzustellen,
- Regelungen zur Rufbereitschaft zu schaffen.

Das Recht des Bewohners auf freie Arztwahl bleibt dabei unberührt. Die Pflegeheimbewohner profitieren von der aufeinander abgestimmten Versorgung. Ein fester ärztlicher Ansprechpartner steht in den Heimen zur Verfügung und durch gemeinsame Visiten wird der Informationsaustausch zwischen den Professionen gefördert. Durch eine bundesweite (Rahmen-)Regelung, die kassenübergreifend gilt, wird sichergestellt, dass in den einzelnen Pflegeeinrichtungen die Be-

wohner gleich betreut beziehungsweise versorgt werden und die Betreuung nicht abhängig ist von der Kassenzugehörigkeit des jeweiligen Bewohners aufgrund unterschiedlicher Vertragsgestaltungen.

Die Regelung gilt entsprechend auch für die zahnärztliche Versorgung (vergleiche § 72 Absatz 1 Satz 2). Auch hier wird das Ziel verfolgt, Zahnarzt und Pflegeeinrichtung miteinander zu vernetzen und ihre Zusammenarbeit zu stärken. Durch den Abschluss von Kooperationsverträgen soll die zahnärztliche Versorgung (zum Beispiel regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen, einfache Behandlungen) in Pflegeeinrichtungen verbessert werden. Zahnmedizinische Erkrankungen sollen auch bei Bewohnern in Pflegeeinrichtungen vermieden, frühzeitig erkannt und behandelt werden, um so die Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten beziehungsweise zu verbessern.

### **Zu Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Zu § 9**

Pflegepersonen sind durch die Pflege ihrer Angehörigen oft so belastet, dass sie in ihrer Erwerbsfähigkeit bedroht, eingeschränkt oder beeinträchtigt sind, bis hin zu der Gefahr eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben.

Pflegende Angehörige haben nach dem Sechsten Buch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Die Neuregelung soll der besonderen Situation, in der sich die pflegenden Angehörigen befinden, Rechnung tragen und verdeutlichen, dass die zuständigen Träger der Rentenversicherung bei ihren Entscheidungen die besonderen Belastungen pflegender Angehöriger berücksichtigen.

Die Änderung korrespondiert mit entsprechenden Änderungen in den §§ 23 und 40 des Fünften Buches.

#### **Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)**

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.