

Referentenentwurf für ein

Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds

(Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG)

A. Problem und Ziel

Die Sicherung der Pflege, die auch unter veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in gleichbleibend hoher Qualität und unter Beachtung der individuellen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen erbracht wird, ist Ausdruck einer humanen Gesellschaft.

Über zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in Deutschland werden nach wie vor zu Hause gepflegt. Diese Pflegearbeit wird meist durch Angehörige erbracht – das entspricht dem Wunsch der Pflegebedürftigen und trägt wesentlich zur Sicherung der pflegerischen Versorgung in Deutschland bei. Die Veränderung der Erwerbsbiografien und Familienstrukturen erfordern Maßnahmen zur Stabilisierung und flexibleren Gestaltung der häuslichen Pflege und deutliche Verbesserungen bei der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.

In der stationären Pflege bedarf es einer weiteren Verbesserung der ergänzenden Betreuung der Pflegebedürftigen. Zusätzliche Betreuungskräfte, die eng mit den Pflegekräften zusammenarbeiten, können so wirksam zur Verbesserung des Pflegealltags beitragen.

Sowohl in der häuslichen als auch in der stationären Pflege gibt es immer mehr Menschen mit Demenzerkrankungen, bei denen häufig die Betreuung im Vordergrund steht. Dies muss bei der Definition von Pflegebedürftigkeit besser anerkannt werden.

Nicht zuletzt ist bei Bestimmung der Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung, die als Euro-Beträge festgesetzt sind, die Entwicklung der Preise in den letzten drei Jahren zu berücksichtigen.

Im Rahmen der demografischen Entwicklung wird die Anzahl der Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf in Deutschland in den kommenden Jahren deutlich steigen. Um übermäßige Beitragssatzsteigerungen in Zeiten besonderer demografiebedingter Belastungen zu vermeiden, ist eine entsprechende Vorsorge geboten.

B. Lösung

Die Pflegeversicherung wird weiterentwickelt und zukunftsfest gemacht. In einem ersten Schritt werden die Leistungen der Pflegeversicherung zur Stärkung der häuslichen Pflege insbesondere durch Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege und neue ambulante Wohnformen ausgeweitet und flexibilisiert. Pflegebedürftige, einschließlich Pflegebedürftige der so genannten Pflegestufe 0, können diese entsprechend ihrer individuellen Bedarfslage passgenau zusammenstellen. Betreuungsleistungen in der ambulanten und stationären Pflege werden zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und zur Entlastung pflegender Angehöriger ausgebaut. Damit werden wesentliche Vorschläge des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Fachkreise für Leistungsverbesserungen kurzfristig umgesetzt (z.B. Ausweitung und bessere Berücksichtigung von Betreuung, Verbesserung der Betreuungsrelation, flexiblere Inanspruchnahmemöglichkeiten für Leistungen). Sach- und Geldleistungen der Pflegeversicherung, die als Euro-Beträge gesetzlich festgesetzt sind, werden – orientiert an der Preisentwicklung der letzten drei Jahre – angepasst. Die finanziellen

Grundlagen der Pflegeversicherung werden verbessert. Der Beitragssatz wird zum 1. Januar 2015 um 0,3 Beitragssatzpunkte angehoben. Mit der Bildung eines Vorsorgefonds soll die Finanzierung der aufgrund der demografiebedingt im Zeitverlauf steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen verteilt werden.

Die Einführung einer Lohnersatzleistung für Arbeitnehmer, die für pflegebedürftige nahe Angehörige in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung sicherstellen und für bis zu zehn Tage der Arbeit fernbleiben (kurzzeitige Arbeitsverhinderung im Sinne des § 2 Pflegezeitgesetz), erfolgt zeitnah in einem gesonderten Gesetz.

In einem zweiten Schritt wird in dieser Legislaturperiode nach vorheriger Erprobung der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Die gesetzliche Regelung erfolgt auf der Grundlage der Empfehlungen des Expertenbeirates in Verbindung mit entsprechenden leistungsrechtlichen Bestimmungen.

C. Alternativen

Keine

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

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 2015 Mehrausgaben von rund 70 Millionen Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung. Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem 1. Januar 2015 mit rund 105 Millionen Euro jährlich belastet. Zusätzlich entstehen dem Bund für die Übernahme der Beiträge für Bezieher von Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 96 Millionen Euro jährlich. Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,3 Beitragssatzpunkte führt zu Steuermindereinnahmen von etwa 180 Millionen Euro beim Bund, 165 Millionen Euro bei den Ländern und 60 Millionen Euro bei den Gemeinden. Für die Träger der Sozialhilfe und die Träger der Kriegsopferfürsorge ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge deutliche Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht, die allerdings nicht exakt beziffert werden können. Dem stehen geringere, jedoch ebenfalls nicht exakt bezifferbare Mehrausgaben für versicherte Leistungsberechtigte aus der Beitragssatzanhebung gegenüber; für Leistungsberechtigte in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind diese Mehraufwendungen aufgrund der vollständigen Erstattung der Nettoausgaben vom Bund zu übernehmen.

Soziale Pflegeversicherung

Die Anhebung des Beitragssatzes ab dem 1. Januar 2015 um 0,3 Beitragssatzpunkte führt im Jahr 2015 zu Mehreinnahmen von rund 3,63 Milliarden Euro in der sozialen Pflegeversicherung.

Dem stehen Mehrausgaben infolge der Leistungsverbesserungen (insbesondere Dynamisierung, Flexibilisierung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Verbesserung der Tagespflege, Ausdehnung zusätzlicher Betreuungsangebote nach § 87b in stationären Pflegeeinrichtungen und Verbesserung der Betreuungsrelation, Erstreckung der Entlastungsleistungen nach § 45b auf alle Pflegebedürftigen bei teilweiser Anrechenbarkeit auf die ambulanten Sachleistungen sowie Erweiterung der Leistungsansprüche für Menschen mit

erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz unterhalb der Pflegestufe I) und infolge der Zuführung von Mitteln zum Vorsorgefonds von zusammen rd. 3,53 Milliarden Euro gegenüber, wobei die erstmalige Mittelabführung für das Jahr 2015 teilweise erst nach Jahresabschluss erfolgt.

Arbeitslosenversicherung

Für die Bundesagentur für Arbeit entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben von rund 54 Millionen Euro jährlich.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 174 500 Stunden und rund 559 000 Euro.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 826 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 226 800 Euro.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Kein Erfüllungsaufwand für Bund, Länder und Kommunen. Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 2,5 Mio. Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 3,9 Mio. Euro. Durch neue Vorgaben entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 4 600 Euro.

F. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen Änderungen im Jahr 2015 Mehraufwendungen von rund 70 Millionen Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aufgrund der Anhebung des Beitragssatzes beträgt etwa 1,03 Millionen Euro im Jahr 2015 und verändert sich anschließend entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau ergeben sich nicht. Die Verbesserung der Betreuungsrelation für die zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Stärkung der Nachfrage nach Pflegeleistungen aufgrund der Anhebung der Leistungsbeträge haben direkte und indirekte Beschäftigungseffekte. Hierdurch ergeben sich Mehreinnahmen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen.

Referentenentwurf für ein

Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds

(Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) In der Angabe zur Überschrift des Fünften Abschnittes des Vierten Kapitels werden nach den Wörtern „Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ ein Komma und die Wörter „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ eingefügt.
 - b) Die Angabe zu § 45b im Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst: „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“.
 - c) In der Angabe des Vierten Abschnittes des Siebten Kapitels werden die Wörter „und Qualitätssicherung“ gestrichen.
 - d) In der Angabe zu § 87b im Zweiten Abschnitt des Achten Kapitels werden die Wörter „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ durch die Wörter „zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.
 - e) Nach den Angaben zum Dreizehnten Kapitel wird folgende Angabe eingefügt:

„Vierzehntes Kapitel Bildung eines Pflegevorsorgefonds

§ 131 Pflegevorsorgefonds

§ 132 Zweck des Vorsorgefonds

§ 133 Rechtsform

§ 134 Verwaltung und Anlage der Mittel

§ 135 Zuführung der Mittel

§ 136 Verwendung des Sondervermögens

- § 137 Vermögenstrennung
- § 138 Jahresrechnung
- § 139 Auflösung“
2. § 8 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird das Wort „Modellvorhaben“ durch die Wörter „Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen“ ersetzt.
 - b) In Satz 7 und Satz 8 wird das Wort „Modellvorhaben“ durch das Wort „Maßnahmen“ ersetzt.
 3. In § 23 Absatz 3 Satz 2 werden nach der Angabe „§ 46 Absatz 2 und 3“ die Wörter „und § 47 Absatz 7“ eingefügt.
 4. In § 28 Absatz 1 Nummer 13 wird das Wort „Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ ersetzt.
 5. In § 30 Satz 1 werden die Wörter „erstmalig im Jahre 2014“ durch die Wörter „erneut im Jahre 2017“ ersetzt.
 6. § 36 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 468 Euro ab 1. Januar 2015,“
 - bb) In Nummer 2 wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,“
 - cc) In Nummer 3 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.“
 - b) In Absatz 4 wird die Angabe „1 918“ durch die Angabe „1 995“ ersetzt.
 7. § 37 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 244 Euro ab 1. Januar 2015,“
 - bb) In Nummer 2 wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 458 Euro ab 1. Januar 2015,“
 - cc) In Nummer 3 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 728 Euro ab 1. Januar 2015.“

- b) In Absatz 3 Satz 4 werden die Angabe „21“ durch die Angabe „22“ und die Angabe „31“ durch die Angabe „32“ ersetzt.
- 8. In § 38a Absatz 1 wird die Angabe „200“ durch die Angabe „205“ ersetzt.
- 9. § 39 wird wie folgt gefasst:

„§ 39

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1 510 Euro ab 1. Januar 2010, auf bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 und auf bis zu 1 612 Euro ab 1. Januar 2015 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

(2) Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 Anwendung. Dabei können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 2 dürfen zusammen den in Absatz 1 Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

(3) Bei einer Ersatzpflege nach Absatz 1 kann der Leistungsbetrag unter Anrechnung auf den für eine Kurzzeitpflege nach § 42 zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 806 Euro auf insgesamt bis zu 2 418 Euro erhöht werden, soweit für diesen Betrag noch keine Kurzzeitpflege im Kalenderjahr in Anspruch genommen wurde.“

10. § 40 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „31“ durch die Angabe „40“ ersetzt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In den Sätzen 2 und 3 werden die Angaben „2 557“ durch die Angaben „4 000“ ersetzt.
 - bb) In Satz 4 wird die Angabe „10 228“ durch die Angabe „16 000“ ersetzt.

11. § 41 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 1 Buchstabe c wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 468 Euro ab 1. Januar 2015,“

bb) Nach Nummer 2 Buchstabe c wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,“

cc) In Nummer 3 Buchstabe c wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Pflegebedürftige können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.“

c) Die Absätze 4 bis 7 werden aufgehoben.

12. § 42 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden das Wort „und“ gestrichen und durch ein Komma ersetzt sowie hinter der Angabe „2012“ die Angabe „und 1 612 Euro ab 1. Januar 2015“ eingefügt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann unter Anrechnung auf den für eine Verhinderungspflege nach § 39 zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 1 612 Euro auf insgesamt bis zu 3 224 Euro erhöht werden, soweit für diesen Betrag noch keine Verhinderungspflege im Kalenderjahr in Anspruch genommen wurde. In diesem Fall erhöht sich die Beschränkung des Anspruchs nach Satz 1 auf bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr.“

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Kindern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres“ durch das Wort „Pflegebedürftigen“ ersetzt.

13. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird die Angabe „1 023“ durch die Angabe „1 064“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 wird die Angabe „1 279“ durch die Angabe „1 330“ ersetzt.

cc) In Nummer 3 wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015,“

dd) In Nummer 4 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 1 995 Euro ab 1. Januar 2015,“

14. In § 43a Satz 2 wird die Angabe „256“ durch die Angabe „266“ ersetzt.
15. In der Überschrift des Fünften Abschnittes des Vierten Kapitels werden nach den Wörtern „Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ ein Komma und die Wörter „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ eingefügt.
16. In § 45a Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Die“ durch die Wörter „Soweit nichts anderes bestimmt ist, betreffen die“ ersetzt und nach dem Wort „Abschnitt“ das Wort „betreffen“ gestrichen.
17. § 45b wird wie folgt geändert:
 - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 45b Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“
 - b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „100“ durch die Angabe „104“ und die Angabe „200“ durch die Angabe „208“ ersetzt.
 - cc) In Satz 4 erster Halbsatz wird das Wort „Betreuungsbetrages“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsbetrages“ ersetzt.
 - dd) In Satz 5 wird das Wort „Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „Leistungen der Betreuung oder Entlastung“ ersetzt.
 - ee) In Satz 6 Nummer 3 werden nach dem Wort „Betreuung“ die Wörter „oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung“ eingefügt und nach dem Wort „Grundpflege“ die Wörter „und hauswirtschaftliche Versorgung“ gestrichen.
 - ff) In Satz 6 Nummer 4 wird das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.
 - gg) Nach Satz 6 wird folgender Satz angefügt:

„Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 6 genannten Betreuungs- und Entlastungsleistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.“
- c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können ebenfalls zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden bis zu einem Betrag in Höhe von 104 Euro monatlich ersetzt.“
- d) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird das Wort „Pflegebedürftigen“ durch das Wort „Anspruchsberechtigten“ und das Wort „Betreuungsleistungen“ durch das Wort „Leistungen“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden nach der Angabe „Absatz 1“ die Wörter „sowie Absatz 1a“ eingefügt.
 - e) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Versicherte, die nach Absatz 1 oder Absatz 1a anspruchsberechtigt sind, können Leistungen niedrighschwelliger Betreuungs- oder Entlastungsangebote in Höhe von bis zu 50 vom Hundert der Leistungsbeträge nach den §§ 36 und 123 je Kalendermonat unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen zusätzlich zu den in Absatz 1 und Absatz 1a genannten Beträgen in Anspruch nehmen, soweit für diese Leistungsbeträge noch keine ambulanten Pflegesachleistungen in Anspruch genommen wurden. Die Aufwendungen, die den Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen nach Satz 1 entstehen, werden erstattet; Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 und 4 sowie § 123 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; für die Kostenerstattung nach Satz 2 gilt § 37 Absatz 6 entsprechend. § 13 Absatz 3a findet auf die Inanspruchnahme der Leistung nach Satz 1 keine Anwendung.“
 - f) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wie folgt gefasst:

„Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zu bestimmen.“
18. § 45c wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Ebenso gefördert werden können aus den in Satz 1 genannten Mitteln niedrighschwellige Entlastungsangebote für Pflegebedürftige im Sinne von § 45a mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie für Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, mit mindestens Pflegestufe I.“
 - b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ und werden die Wörter „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ durch die Wörter „Pflegebedürftige im Sinne von § 45a mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie für Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, mit mindestens Pflegestufe I“ ersetzt.
 - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ durch die Wörter „Pflegebedürftigen im Sinne von § 45a mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sowie Pflegebedürftigen, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, mit mindestens Pflegestufe I“ ersetzt und hinter dem Wort

„Angehörige“ die Wörter „und vergleichbar nahestehende Pflegepersonen“ eingefügt.

bb) In Satz 5 wird nach dem Wort „kommen“ das Wort „insbesondere“ eingefügt.

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

„(3a) Niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 sind Angebote für Pflegebedürftige im Sinne von § 45a mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sowie Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, mit mindestens Pflegestufe I, die der Deckung ihres Bedarfs an Unterstützung im Haushalt, insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen dienen oder die dazu beitragen, Angehörige oder andere Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zu entlasten. Sie beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und andere Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zur Bewältigung des Pflegealltags oder andere geeignete Maßnahmen. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote kommen insbesondere in Betracht Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter.“

e) In Absatz 6 Sätze 1 und 2 wird jeweils das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.

19. § 45e wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt: „Dabei kann die Umgestaltungsmassnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen.“

b) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „3“ durch die Angabe „4“ ersetzt.

c) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „ist“ das Komma und die Wörter „spätestens aber am 31. Dezember 2015“ gestrichen.

20. In § 46 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „und bei der Berechnung der Erstattung sind die Beitragseinnahmen um die Beitragseinnahmen zu vermindern, die dazu bestimmt sind, nach § 135 dem Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung zugeführt zu werden“ angefügt.

21. In § 55 Absatz 1 wird die Angabe „2,05“ durch die Angabe „2,35“ ersetzt.

22. In § 57 Absatz 3 wird die Angabe „§ 20 Absatz 1 Nummer 3“ durch die Angabe „§ 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3“ ersetzt.

23. Dem § 58 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Beiträge der Beschäftigten erhöhen sich nicht, wenn Länder im Jahre 2017 den Reformationstag einmalig zu einem gesetzlichen Feiertag erheben.“

24. In der Überschrift des Vierten Abschnitts des Siebten Kapitels werden die Wörter „und Qualitätssicherung“ gestrichen.

25. In 87a Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „1 536“ durch die Angabe „1 597“ ersetzt.

26. § 87b wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ durch die Wörter „zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ durch die Wörter „sowie der Versicherten, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, (anspruchsberechtigten Personen)“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.

bbb) In Nummer 2 werden die Wörter „das Pflegeheim“ durch die Wörter „die stationäre Pflegeeinrichtung“ und das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.

ccc) In Nummer 3 werden die Wörter „jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung“ durch die Wörter „jede anspruchsberechtigte Person“ und das Wort „vierundzwanzigste“ wird durch das Wort „zwanzigste“ ersetzt.

ddd) In Nummer 4 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigte Personen“ ersetzt.

cc) In Satz 3 wird das Wort „Pflegeheimen“ durch die Wörter „stationären Pflegeeinrichtungen“ und wird das Wort „Pflegebedürftige“ durch die Wörter „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „der Pflegebedürftige“ durch die Wörter „die anspruchsberechtigte Person“ ersetzt.

d) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „der stationären Versorgung der Pflegebedürftigen“ durch die Wörter „stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.

27. In § 114 Absatz 5 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Gibt es im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, sind die betroffenen Pflegebedürftigen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen. Die Prüfung ist insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen.“

28. § 115 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei Anlassprüfungen nach § 114 Abs. 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogener Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.“

b) Nach dem bisherigen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei der Darstellung der Qualität ist auf die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung hinzuweisen.“

29. § 123 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird die Angabe „120“ durch die Angabe „123“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 wird die Angabe „225“ durch die Angabe „231“ ersetzt.

cc) Die Angabe „§§ 39 und 40“ wird durch die Angabe „§§ 38a, 39, 40, 41, 42 und 45e“ ersetzt.

dd) Nach Satz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Anspruch auf teilstationäre Pflege für Versicherte ohne Pflegestufe umfasst einen Gesamtwert von bis zu 231 Euro je Kalendermonat.“

b) In Absatz 3 werden die Angabe „70 Euro auf 305 Euro“ durch die Angabe „72 Euro auf 316 Euro“ ersetzt, nach der Angabe „§ 36“ die Angabe „sowie § 41“ eingefügt und die Angabe „215 Euro auf bis zu 665 Euro“ durch die Angabe „221 Euro auf bis zu 689 Euro“ ersetzt.

c) In Absatz 4 werden die Angabe „85 Euro auf 525 Euro“ durch die Angabe „87 Euro auf 545 Euro“ ersetzt, nach der Angabe „§ 36“ die Angabe „sowie § 41“ eingefügt und die Angabe „150 Euro auf bis zu 1 250 Euro“ durch die Angabe „154 Euro auf bis zu 1 298 Euro“ ersetzt.

30. Nach dem Dreizehnten Kapitel wird folgendes Kapitel angefügt:

„Vierzehntes Kapitel

Bildung eines Pflegevorsorgefonds

§ 131

Pflegevorsorgefonds

In der sozialen Pflegeversicherung wird ein Sondervermögen unter dem Namen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ errichtet.

§ 132

Zweck des Vorsorgefonds

Das Sondervermögen dient der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung. Es darf nach Maßgabe des § 136 nur zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden.

§ 133

Rechtsform

Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Frankfurt.

§ 134

Verwaltung und Anlage der Mittel

(1) Die Verwaltung und die Anlage der Mittel des Sondervermögens werden der Deutschen Bundesbank übertragen. Für die Verwaltung des Sondervermögens und seiner Mittel werden der Bundesbank entsprechend Artikel 20 des Gesetzes über die Deutsche Bundesbank keine Kosten erstattet.

(2) Die dem Sondervermögen zufließenden Mittel einschließlich der Erträge sind unter sinngemäßer Anwendung der Anlagerichtlinien des Versorgungsfonds des Bundes zu marktüblichen Bedingungen anzulegen, wobei Anlagen in Aktien oder Aktienfonds spätestens zum 31. Dezember 2030 nicht mehr Bestandteil des Portfolios sein dürfen. Das Bundesministerium für Gesundheit ist im Anlageausschuss nach § 4a der Anlagerichtlinien des Versorgungsfonds des Bundes vertreten.

§ 135

Zuführung der Mittel

(1) Das Bundesversicherungsamt führt dem Sondervermögen vierteljährlich zum 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und zum 15. Januar des Folgejahres zu Lasten des Ausgleichsfonds (§ 65) einen Betrag zu, der 0,025 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht.

(2) Die Zuführung nach Absatz 1 erfolgt erstmals zum 15. April 2015 und endet mit der Zahlung für das Jahr 2033.

§ 136

Verwendung des Sondervermögens

Ab dem Jahr 2035 kann das Sondervermögen zur Sicherung der Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden, wenn ohne eine Zuführung von

Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht. Die Obergrenze der jährlich an den Ausgleichsfonds abführbaren Mittel ist der 20. Teil des Realwertes des zum 31. Dezember 2034 vorhandenen Mittelbestandes des Sondervermögens. Erfolgt in einem Jahr kein Abruf, so können die für dieses Jahr vorgesehenen Mittel in den Folgejahren mit abgerufen werden, wenn ohne eine entsprechende Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht.

§ 137

Vermögensstrennung

Das Vermögen ist von dem übrigen Vermögen der sozialen Pflegeversicherung sowie von seinen Rechten und Verbindlichkeiten getrennt zu halten.

§ 138

Jahresrechnung

(1) Die Deutsche Bundesbank legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht über die Verwaltung der Mittel des Sondervermögens vor. Auf dessen Grundlage stellt das Bundesversicherungsamt am Ende jeden Rechnungsjahres die Jahresrechnung des Sondervermögens auf. Kosten werden dem Bundesversicherungsamt hierfür nicht erstattet.

(2) In der Jahresrechnung sind der Bestand des Sondervermögens einschließlich der Forderungen und Verbindlichkeiten sowie die Einnahmen und Ausgaben auszuweisen.

§ 139

Auflösung

Das Sondervermögen gilt nach Auszahlung seines Vermögens (§ 136) als aufgelöst."

Artikel 2

Änderung des Pflege-Versicherungsgesetzes

In Artikel 42 Absatz 5 des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797), zuletzt geändert durch ..., werden die Wörter „§ 106a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die soziale Pflegeversicherung muss weiterentwickelt werden und Leistungen vorhalten, welche den sich verändernden Bedürfnissen und Bedarfen pflegebedürftiger Menschen, aber auch ihrer Angehörigen entsprechen. Darüber hinaus wird durch die besonderen Anforderungen an die Pflege und Betreuung demenziell erkrankter Menschen und durch die steigende Anzahl von Menschen mit Demenzerkrankungen in Deutschland eine Anpassung des Leistungsportfolios der Pflegeversicherung erforderlich. Nicht zuletzt soll bereits heute Vorsorge getroffen werden, um absehbare Herausforderungen in der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung, die sich aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland ergeben, zu bewältigen, ohne kommende Generationen dabei unzumutbar zu belasten.

Zunächst werden kurzfristig wirksame Leistungsverbesserungen, auch zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, sowie ein Pflegevorsorgefonds zum Aufbau einer Demografie-Rücklage eingeführt. Im nächsten Schritt wird in dieser Legislaturperiode nach vorheriger Erprobung ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, mit dem Pflegebedürftigkeit besser und gerechter berücksichtigt wird. Die gesetzliche Regelung erfolgt auf der Grundlage der Empfehlungen des Expertenbeirates in Verbindung mit entsprechenden leistungsrechtlichen Bestimmungen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird nach übereinstimmenden Schätzungen von derzeit 2,5 Mio. Menschen auf 3,5 Millionen Menschen im Jahre 2030 steigen. Dadurch entsteht ein größerer Bedarf an Leistungen professioneller ambulanter und stationärer Pflege. Hinzu kommt, dass die Zahl allein lebender Pflegebedürftiger zunimmt. Nicht zuletzt stehen die Möglichkeiten der Beteiligung von Angehörigen an der ambulanten häuslichen Pflege auch vor dem Hintergrund veränderter Erwerbsbiografien und veränderter Familienstrukturen vor besonderen Herausforderungen.

Dem Anstieg des Pflegebedarfs steht aufgrund gleichbleibend niedriger Geburtenraten ein Rückgang der Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter gegenüber. Damit sinkt nicht nur das Potenzial für die Gewinnung von Pflegekräften, auch die Finanzierungsspielräume werden aufgrund des schwächeren Einnahmeanstiegs enger. Dies erfordert eine Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und ihrer Finanzierung.

Um den pflegerischen Bedarf dennoch bestmöglich sicherzustellen und zu decken, ist es notwendig, die häusliche Pflege so weit wie möglich zu stabilisieren. Flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten sollen den Pflegebedürftigen und ganz besonders den Angehörigen Wahlmöglichkeiten eröffnen, Entlastungsmöglichkeiten schaffen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen der pflegenden Angehörigen unterstützen und schonen helfen. Zudem soll die Qualität der pflegerischen Betreuung aufgrund geeigneter Maßnahmen auf hohem Niveau sichergestellt werden. Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes werden wesentliche Vorschläge des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Vorgriff auf dessen noch in dieser Legislaturperiode geplante Einführung bereits im Jahr 2015 umgesetzt.

Die soziale Pflegeversicherung übernimmt als Teilleistungssystem bei festgestellter Pflegebedürftigkeit einen Anteil an den pflegebedingten Kosten. Bei Leistungen mit gesetzlich festgesetzten Euro-Beträgen steigt der Eigenanteil mit dem Preisanstieg. Zur Sicherung

einer angemessenen Beteiligung der Pflegeversicherung an den pflegebedingten Kosten werden diese orientiert an die Preisentwicklung angepasst. Die Bundesregierung legt hierzu einen Bericht nach § 30 SGB XI vor.

Die notwendigen Leistungsanpassungen bedürfen sowohl kurz- als auch mittel- bis langfristig einer soliden Finanzierung. Die soziale Pflegeversicherung ist als umlagefinanzierter Zweig der Sozialversicherung auf ein ausgewogenes Verhältnis der Generationen angewiesen. Bedingt durch die gleichbleibend niedrigen Geburtenraten in Verbindung mit zunehmender Lebenserwartung steigt die von den folgenden Generationen zu übernehmende Finanzierungslast. Die Generationengerechtigkeit wird daher durch einen Vorsorgefonds in der sozialen Pflegeversicherung sichergestellt und gestärkt.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Schwerpunkte dieses Gesetzes sind insbesondere folgende Regelungen:

Flexibilisierung und Ausbau von Leistungen zur Stabilisierung der häuslichen Pflege: Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege

Ausbau bestehender Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege und Einführung von Entlastungsleistungen zugunsten Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

Ausdehnung der zusätzlichen Betreuungsangebote nach § 87b in stationären Pflegeeinrichtungen und Verbesserung der Betreuungsrelation

Einführung von neuen Entlastungsangeboten u.a. durch Ausbau der Hilfen zur Weiterführung des Haushalts

Über den für Betreuungs- und Entlastungsangebote vorgesehenen Betrag hinaus können Pflegebedürftige künftig auch den ihnen zustehenden ambulanten Sachleistungsbetrag zur Hälfte für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote im Wege der Kostenerstattung flexibel nutzen (Umwidmung des halben Sachleistungsbudgets).

Ausbau der Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen und Vereinfachungen der Antragsvoraussetzungen bei der Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen

Dynamisierung der Leistungsbeträge

Aufbau eines Pflegevorsorgefonds.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur Sozialversicherung beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ergibt sich aus Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes in Verbindung mit Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes. Eine bundesgesetzliche Regelung zur Wahrung der Wirtschaftseinheit ist erforderlich, da die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung ihre Tätigkeit in der Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bun-

desanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich kaum sinnvoll durchzuführen. Bundeseinheitliche Regelungen sind auch deswegen erforderlich, weil im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bundeseinheitlich Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vergleiche § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI).

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

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Die Antragsvoraussetzungen bei der Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen werden vereinfacht. Die Ansprüche auf teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege und die Ansprüche auf ambulante Pflegeleistungen (ambulante Pflege-Sachleistungen nach § 36, Pflegegeld nach § 37 oder Kombinationsleistungen nach § 38) werden gleichrangig nebeneinander gestellt. Die bisherigen, sehr komplexen Regelungen zur Kombination der Leistungen werden daher aufgehoben. Durch die Neufassung von § 41 Absatz 3 wird die Neuregelung im Gesetz eindeutig klargestellt und damit deutlich verständlicher.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf trägt durch die Stabilisierung der häuslichen Pflege, die Verbesserung von Betreuungsleistungen und die Dynamisierung der Leistungsbeträge zur Sicherstellung einer zukunftsfesten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung bei. Damit werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass den Bürgerinnen und Bürgern auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe pflegerische Versorgung und Betreuung zur Verfügung steht, die modernen Ansprüchen genügt.

Durch die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds werden künftige Generationen von steigenden Pflegeversicherungsbeiträgen teilweise entlastet.

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.

VII. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund

Für den Haushalt des Bundes ergeben sich im Bereich der Beihilfe aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen Mehraufwendungen von rund 24 Millionen Euro für das Jahr 2015. Davon entfallen jeweils rund 7 Millionen Euro auf die unmittelbare Bundesverwaltung und das Bundeseisenbahnvermögen und 10 Millionen Euro auf die Postbeamtenversorgungskasse. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Der Bund ist aufgrund der Beitragssatzerhöhung in seiner Funktion als Arbeitgeber geringfügig belastet (rund 6 Millionen Euro jährlich). Zusätzlich entstehen dem Bund für die

Übernahme der Beiträge für Bezieher von Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 96 Millionen Euro jährlich.

Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen.

Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,3 Beitragssatzpunkte führt durch die Berücksichtigung zusätzlicher Vorsorgeaufwendungen bei den Steuerpflichtigen sowie hinsichtlich des Betriebsausgabenabzugs zu jährlichen Steuerminderungen von rund 180 Millionen Euro.

Länder und Gemeinden

Für die öffentlichen Haushalte der Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen für das Jahr 2015 Mehrausgaben von rund 46 Millionen Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Die Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem 1. Januar 2015 mit rund 99 Millionen Euro jährlich belastet.

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,3 Beitragssatzpunkte führt über die Berücksichtigung der zusätzlichen Vorsorgeaufwendungen bei den Steuerpflichtigen sowie hinsichtlich des Betriebsausgabenabzugs zu Steuerminderungen von jährlich rund 165 Millionen Euro bei den Ländern und zu Steuerminderungen von rund 60 Millionen Euro bei den Gemeinden.

Für die Träger der Sozialhilfe und die Träger der Kriegsopferfürsorge ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge deutliche Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht, die allerdings nicht exakt beziffert werden können. Dem stehen ebenfalls nicht exakt bezifferbare Mehrausgaben aus der Beitragssatzerhöhung für versicherte Leistungsberechtigte gegenüber; für Leistungsberechtigte in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind diese Mehraufwendungen vom Bund zu übernehmen und sind dann innerhalb des Einzelplans 11 auszugleichen.

Soziale Pflegeversicherung

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

- a) Die Anhebung des Beitragssatzes ab dem 1. Januar 2015 um 0,3 Beitragssatzpunkte führt im Jahr 2015 zu Mehreinnahmen von rund 3,63 Milliarden Euro. Bis 2018 steigen die Mehreinnahmen auf rund 3,93 Milliarden Euro. Langfristig steigt der Betrag entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.
- b) Die Zuführung von Mitteln in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten in den Vorsorgefonds führt bezogen auf das Jahr 2015 zu Mehrausgaben von rund 1,21 Milliarden Euro, wobei die Zahlung teilweise nach Jahresabschluss erfolgt. Bis 2018 steigt der Betrag auf 1,31 Milliarden Euro.
 - Die Dynamisierung der Leistungen führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 880 Millionen Euro.
 - Die Ausdehnung der zusätzlichen Betreuungsangebote in stationären Pflegeeinrichtungen auf alle Pflegebedürftigen sowie Versicherte, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, und die Verbesserung der Betreuungsrelation von 1:24 auf 1:20 führen zu jährlichen Mehrausgaben von rund 510 Millionen Euro.

- Die Gewährung von 100 Euro monatlich zur Finanzierung zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 290 Millionen Euro. Dabei wird unterstellt, dass die Leistungen von diesem Personenkreis zunächst etwa halb so häufig in Anspruch genommen werden wie von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Zusätzlich wird der jährliche Finanzrahmen für die Erprobung niedrigschwelliger Versorgungskonzepte von 25 Millionen Euro aufgrund der Neuregelung voraussichtlich ausgeschöpft, was zu Mehrausgaben von rund 10 Millionen Euro führt.
- Die Möglichkeit, im Rahmen der Leistungsflexibilisierung ergänzend zum bisherigen Betrag der Verhinderungspflege zusätzlich 50 Prozent des Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen, führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 175 Millionen Euro. Dabei wird unterstellt, dass die Hälfte der bisherigen Empfänger von Verhinderungspflege davon Gebrauch machen.
- Die ungekürzte Gewährung von Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben den ambulanten Geld- und Sachleistungen führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 180 Millionen Euro.
- Die Möglichkeit, den halben ambulanten Pflegesachleistungsanspruch umzuwidmen und für Betreuungs- und Entlastungsangebote verwenden zu dürfen, führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 90 Millionen Euro. Dabei wird unterstellt, dass ein Teil der bisherigen Pflegegeldempfänger davon Gebrauch macht.
- Die Anhebung des Höchstbetrags für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel und Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 60 Millionen Euro.
- Die Erstreckung des Leistungsanspruchs für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, aber einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I auf die Tages- und Nachtpflege, die Kurzzeitpflege, den Zuschlag für Mitglieder ambulant betreuter Wohngruppen und damit verbunden die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen, führt zu Mehrausgaben von rund 40 Millionen Euro jährlich.
- Die Ausweitung der Sachleistungszuschläge nach § 123 für Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auf die Tages- und Nachtpflege ist mit jährlichen Mehrausgaben von rund 15 Millionen Euro verbunden.
- Infolge der Zunahme der Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben mit Ausnahme der nicht berücksichtigungsfähigen Abführung an den Versorgungsfonds erhöht sich die Verwaltungskostenpauschale an die Krankenkassen um rund 70 Millionen Euro jährlich.

Nicht alle Leistungsverbesserungen werden im ersten Jahr im vollen geschätzten Umfang in Anspruch genommen werden. Gleichwohl wird in der folgenden Tabelle eine volle Inanspruchnahme unterstellt. Im Zeitablauf steigen die Mehrausgaben grundsätzlich mit der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen. Insgesamt ergeben sich durch die Änderungen

im Leistungsrecht und die Zuführungen zum Versorgungsfonds folgende Gesamtwirkungen für die soziale Pflegeversicherung:

Maßnahme	Mehrausgaben in Milliarden Euro			
	2015	2016	2017	2018
Alle Veränderungen im Leistungsrecht und die Zuführungen zum Versorgungsfonds zusammen	3,53	3,61	3,70	3,80

Arbeitslosenversicherung

Für die Bundesagentur für Arbeit entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben von rund 54 Millionen Euro jährlich. Dem stehen nicht quantifizierbare Mehreinnahmen durch einen Aufwuchs sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung gegenüber.

VIII. Erfüllungsaufwand

Bei der Berechnung des Erfüllungsaufwands sowie der Be- und Entlastungseffekte wurde der Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamtes (Stand: Juni 2012) zugrunde gelegt. Diese gilt insbesondere für die Ausführungen zu den Zeitwerten mit Hilfe von typisierenden Ex-ante-Angaben sowie für die Lohnkostentabelle Wirtschaft, deren Wirtschaftsabschnitte K und O den Berechnungen zugrunde gelegt wurden.

1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 174 500 Stunden und rund 559 000 Euro.

2. Erfüllungsaufwand für Verwaltung und Wirtschaft

Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 2,5 Mio. Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 3,9 Mio. Euro. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 10 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 4 600 Euro.

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

Für die Wirtschaft entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 826 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 226 800 Euro.

IX. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen Änderungen entsprechend dem Verhältnis der Zahl der Pflegebedürftigen zur sozialen Pflegeversicherung unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen Finanzwirkungen, die rund 3 Prozent der Finanzwirkungen für die soziale Pflegeversicherung entsprechen. Dies sind rund 70 Millionen Euro jährlich.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aufgrund der Anhebung des Beitragssatzes beträgt etwa 1,03 Milliarden Euro im Jahr 2015 und verändert sich anschließend entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

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

X. Weitere Gesetzesfolgen

Die Veränderung des Anrechnungsschlüssels für die zusätzlichen Betreuungskräfte im stationären Bereich hat unmittelbare Beschäftigungseffekte. Auch die Anhebung der Leistungsbeträge der übrigen Sachleistungen wird die Nachfrage nach Pflegeleistungen stärken und damit indirekt weitere Beschäftigungseffekte im Pflegebereich auslösen. Über die zusätzliche Beschäftigung ergeben sich Mehreinnahmen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen.

Das Gesetz hat keine Auswirkungen auf die Verbraucherinnen und Verbraucher. Leistungsempfänger der Pflegeversicherung werden von Eigenanteilen für pflegebedingte Kosten entlastet.

Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung ist ein besonders großer Anteil von Frauen unter den Pflegebedürftigen festzustellen. Daher sind Frauen von Neuregelungen in der Pflegeversicherung stärker betroffen als Männer, d. h. Leistungsverbesserungen kommen – sowohl auf der Seite der Pflegebedürftigen als auch auf der Seite der Pflegenden – Frauen in besonderem Maße zugute. Die folgenden Angaben zu Art und Ausmaß der gleichstellungspolitischen Relevanz beruhen auf der Geschäftsstatistik der sozialen Pflegeversicherung zum Jahresende 2013.

Pflegebedürftige Leistungsempfänger nach dem Elften Buch:

Pflegebedürftige gesamt	2,48 Millionen Personen
- davon Frauen	1,59 Millionen (64 vom Hundert)
häuslich versorgte Pflegebedürftige	1,74 Millionen Personen
- davon Frauen	1,07 Millionen (61 vom Hundert)
stationär versorgte Pflegebedürftige	0,74 Millionen Personen
- davon Frauen	0,53 Millionen (72 vom Hundert)

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

XI. Befristung; Evaluation

Durch dieses Gesetz werden Leistungsverbesserungen eingeführt, die nicht befristet sind. Im Rahmen der in dieser Wahlperiode beabsichtigten gesetzlichen Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die leistungsrechtlichen Bestimmungen angepasst.

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 geänderten Regelungsübersichten angepasst wird.

Zu Nummer 2 (§ 8 Absatz 3)

Zu Buchstabe a) und b)

Es wird klargestellt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und der Pflegeversicherung neben Modellvorhaben und deren wissenschaftlicher Begleitung auch weitere Maßnahmen wie zum Beispiel Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen fördern kann. Aus den Mitteln kann auch der für die Durchführung der oben genannten Maßnahmen notwendige Personalmehraufwand beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen finanziert werden.

Zu Nummer 3 (§ 23)

Nachdem die Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326), zuletzt geändert durch die dritte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 8. September 2012 (BGBl. I S. 1935), an die Stelle der früheren Beihilfevorschriften des Bundes getreten ist, muss die Bezugnahme in § 23 Absatz 3 Satz 2 auf § 14 Absatz 1 und 5 der Beihilfevorschriften des Bundes redaktionell angepasst werden. Dies ist teilweise bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz erfolgt, indem nunmehr auf § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung verwiesen wird.

§ 14 Absatz 5 der Beihilfevorschriften des Bundes ist nunmehr in § 47 Absatz 7 der Bundesbeihilfeverordnung verortet. Die Bezugnahme auf die dortige Regelung wird hiermit – ebenfalls rein redaktionell – nachgeholt.

Zu Nummer 4 (§ 28)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung eines Anspruchs auch auf zusätzliche Entlastungsleistungen in § 45b.

Zu Nummer 5 (§ 30)

Die Leistungsbeträge werden in diesem Gesetz mit Wirkung zum 1. Januar 2015 angehoben, um die Entwicklung der Preise in den letzten drei Jahren zu berücksichtigen. Die Anhebung um 4 vom Hundert ergibt sich aus einer stärkeren Berücksichtigung der sehr moderaten Inflationsentwicklung am aktuellen Rand. Bei Leistungen, die erst mit dem am 23. Oktober 2012 verabschiedeten Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführt worden sind (§ 38a und § 123), wird mit einem Anpassungssatz von 2,67 vom Hundert die Preisentwicklung in den letzten 2 Jahren berücksichtigt. Die Leistungsbeträge werden kaufmännisch auf volle Euro gerundet. Eine Rechtsverordnung zur Anhebung der Leistungs-

beträge zum 1. Januar 2015 ist daher nicht erforderlich. Gleichwohl wird parallel zu diesem Gesetzentwurf der nach bisherigem Recht vorgesehene Bericht an die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes erstellt.

Zu Nummer 6 (§ 36)

Zu Buchstabe a und b

Die Werte der ambulanten Pflegesachleistungen in den Pflegestufen I bis III und in Härtefällen der Stufe III werden unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 4 vom Hundert angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Zu Nummer 7 (§ 37)

Zu Buchstabe a und b

Die Werte des Pflegegeldes in den Pflegestufen I bis III sowie die Vergütungen für die Beratungseinsätze nach Absatz 3 werden unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 4 vom Hundert angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Zu Nummer 8 (§ 38a)

Der Wert des Wohngruppenzuschlags wird unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 2,67 vom Hundert angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Zu Nummer 9 (§ 39)

Zur besseren Übersichtlichkeit wird die Vorschrift der Verhinderungspflege in verschiedene Absätze untergliedert.

Der Wert der Verhinderungspflege wird unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 4 vom Hundert angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Darüber hinaus wird der Anspruch auf Verhinderungspflege flexibler gestaltet und ausgebaut. Die Verhinderungspflege kann künftig für bis zu sechs Wochen (42 Kalendertage) im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege nach Absatz 1 können zudem künftig bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrags nach § 42 als häusliche Verhinderungspflege genutzt werden. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und für die es keine Betreuung in einer geeigneten vollstationären Kurzzeitpflegeeinrichtung gibt und somit der Anspruch nach § 42 bisher nicht genutzt werden konnte. Auch Pflegebedürftige und deren Angehörige, die eine stundenweise Verhinderungspflege nutzen, werden durch die Erweiterung des Zeitrahmens auf sechs Wochen und die Nutzbarkeit des 50prozentigen Kurzzeitpflegebetrages besser gestellt.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben (Absatz 2), wird die Verhinderungspflege auch auf bis zu sechs Wochen (42 Kalendertage) im Kalenderjahr ausgedehnt. Dadurch kann die Verhinderungspflege flexibler gestaltet werden. Die Aufwendungen, die von der Pflegekasse hierfür übernommen werden, sind grundsätzlich auf den 1,5fachen Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Absatz 1 Satz 3 beschränkt. So können künftig zum Beispiel bei einer Verhinderungspflege eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe I für Aufwendungen

einer Ersatzpflege von bis zu 366 Euro (244 Euro plus 122 Euro) im Kalenderjahr übernommen werden (zuzüglich evtl. entstehender notwendiger Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 1 612 Euro). Für Anspruchsberechtigte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gilt das 1,5fache der festgelegten Pflegegeldbeträge nach § 123 SGB XI.

Zu Nummer 10 (§ 40)

Zu Buchstabe a und b

Der Wert der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel sowie die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind im Gegensatz zu zahlreichen anderen Leistungen seit Einführung der Pflegeversicherung nicht erhöht worden. Damit pflegebedürftige Menschen in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben und ihren Alltag in der eigenen Wohnung weitgehend selbstbestimmt bewältigen können, werden die Leistungsbeträge für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 31 Euro auf 40 Euro monatlich sowie die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes von 2 557 Euro auf 4 000 Euro je Maßnahme angehoben – einschließlich der nach § 30 vorzunehmenden Dynamisierung. Bei mehreren Pflegebedürftigen erhöht sich der Betrag für eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme von bis zu 10 228 Euro auf bis zu 16 000 Euro. Damit wird auch verstärkt dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen.

Zu Nummer 11 (§ 41)

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc

Hiermit werden die Leistungsbeträge für die teilstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 4 vom Hundert angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Zu den Buchstaben b und c

Die Ansprüche auf teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege und die Ansprüche auf ambulante Pflegeleistungen (ambulante Pflegesachleistungen nach § 36, Pflegegeld nach § 37 oder Kombinationsleistung nach § 38) werden gleichrangig nebeneinander gestellt. Eine Anrechnung der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege auf die für ambulante Pflegeleistungen in der jeweiligen Pflegestufe zur Verfügung stehenden Leistungsbeträge findet nicht mehr statt. Ebenso wenig findet eine Anrechnung der Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen auf die für die teilstationäre Pflege nach § 41 Absatz 2 zur Verfügung stehenden Leistungsbeträge statt. Die bisherigen, sehr komplexen Regelungen zur Kombination der Leistungen werden aufgehoben. Mit dieser Maßnahme wird nicht nur den Betroffenen geholfen, sondern auch ein wichtiger Beitrag zur Unterstützung pflegender Angehöriger und zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf geleistet. Durch die Neufassung von § 41 Absatz 3 wird diese Neuregelung im Gesetz eindeutig klargestellt und damit für die Betroffenen unmittelbar verständlich. Die bisherigen Kombinationsregelungen hatten bei Pflegekassen und Leistungserbringern zudem zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand im Rahmen der Abrechnung der Leistungen geführt. Dieser Aufwand wird nun vollständig eingespart. Damit leistet die Aufhebung der Kombinationsregelungen auch einen deutlichen Beitrag zum Bürokratieabbau.

Zu Nummer 12 (§ 42)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Wert der Kurzzeitpflege wird unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 4 vom Hundert angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Auch die Kurzzeitpflege wird flexibler gestaltet und ausgebaut. Die Kurzzeitpflege kann um den Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege nach § 39 erhöht und um bis zu vier Wochen verlängert werden. Es können somit bis zu acht Wochen und Leistungen bis zu 3 224 Euro für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden, soweit im Kalenderjahr keine Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Dies konnte bisher schon in der Praxis so gehandhabt werden; es wird allerdings jetzt auch im Gesetz entsprechend klargestellt.

Zu Buchstabe b

Pflegebedürftige behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die zu Hause gepflegt werden, konnten bisher in begründeten Einzelfällen zunächst bis zum 18. Lebensjahr und dann nach geltendem Recht seit dem Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres die Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch nehmen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich war oder nicht zumutbar erschien.

Die Altersgrenze von 25 Jahren entfällt künftig, sodass der bestehende Anspruch daher auch für Menschen mit Behinderungen über 25 Jahren geöffnet wird.

Die festgelegte Altersgrenze von 25 Jahren hat sich in der Praxis nicht als sinnvoll erwiesen. Sie engt im Gegenteil häufig die Verwirklichung eines individuellen Bedarfs von pflegebedürftigen, über 25-jährigen behinderten Menschen ein und verhindert eine individuelle Pflege. Im Einzelfall wird somit für einen solchen Anspruchsberechtigten eine angemessene Versorgung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung nicht möglich oder zumutbar sein, wenn diese auf die Pflege von meist älteren bzw. hochaltrigen Bewohnern spezialisiert ist. Eine angemessene behindertenspezifische Pflege und Betreuung kann dann nicht erbracht werden.

Da Pflegebedürftige in aller Regel behindert im Sinne des Neunten Buches sind, werden von der Öffnung faktisch alle Pflegebedürftigen (§§ 14, 15) erfasst. Beim Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer geeigneten Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen wird somit künftig allein auf den Personenkreis der Pflegebedürftigen abgestellt.

Dennoch führt die Öffnung nicht zu einer allgemeinen, uneingeschränkten Ausweitung des Anspruchs, da nur in Einzelfällen, zum Beispiel wenn es eine geeignete Einrichtung zur Kurzzeitpflege nicht gibt, eine vorhandene Einrichtung nicht zumutbar ist oder nicht in zumutbarer Entfernung liegt, eine andere Einrichtung gewählt werden kann.

Die Inanspruchnahme einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen ist zudem beschränkt auf Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden. Die Öffnung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige soll - wie bisher auch - nicht dazu führen, den Aufenthalt von behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen jeweils für vier Wochen je Kalenderjahr durch die Pflegeversicherung zu finanzieren, indem bei dort wohnenden Pflegebedürftigen vier Wochen im Jahr als Kurzzeitpflege deklariert werden können. Eine finanzielle Entlastung

anderer Finanzierungsträger ist mit dieser gesetzlichen Regelung explizit nicht beabsichtigt. Von daher gelten die erweiterten Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nicht für behinderte Menschen, die in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen wohnen und zum Beispiel in den Ferien oder an den Wochenenden für die „Kurzzeitpflege“ in der Einrichtung bleiben.

Zu Nummer 13 (§ 43)

Zu Buchstabe a

Die Werte der stationären Pflegesachleistungen in den Pflegestufen I bis III und in Härtefällen der Stufe III werden unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 4 vom Hundert angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Zu Nummer 14 (§ 43a)

Der Wert der Aufwendungen für die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen wird unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 4 vom Hundert angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Zu Nummer 15 Änderung der Überschrift des Fünften Abschnitts der Vierten Kapitels

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung eines Anspruchs auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in § 45b auch für Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen.

Zu Nummer 16 (§ 45a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung eines Anspruchs auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in § 45b auch für Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen.

Zu Nummer 17 (§ 45b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung des Anspruchs auf zusätzliche Entlastungsleistungen in § 45b.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Versicherte mit festgestellter dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a können ihren Kostenerstattungsanspruch aus § 45b Absatz 1 nunmehr nicht nur wie bisher für zusätzliche Betreuungsleistungen, sondern auch für zusätzliche Entlastungsleistungen nutzen. Zusätzliche Entlastungsleistungen dienen der Deckung des Bedarfs der Versicherten an Unterstützung im Haushalt, insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, an Unterstützung bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder an Unterstützung bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen oder sie tragen dazu bei, Angehörige in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zu entlasten. Zusätzliche Entlastungsleistungen beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige in ihrer Eigenschaft als Pflegen-

de, insbesondere zur Bewältigung des Pflegealltags, oder andere geeignete Maßnahmen, die der vorgenannten Bedarfsdeckung bzw. Entlastung dienen. Weitere Erläuterungen zum Inhalt zusätzlicher Entlastungsleistungen erfolgen zudem im Rahmen der Begründung zu Nummer 18 Buchstabe d (§ 45c Absatz 3a (neu)).

Zu Doppelbuchstabe bb

Hiermit werden die Leistungsbeträge für die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 4 vom Hundert angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Zu den Doppelbuchstaben cc und dd

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einführung des Anspruchs auf zusätzliche Entlastungsleistungen in § 45b.

Zu Doppelbuchstabe ee

Zu den zusätzlichen Entlastungsleistungen gehören gemäß dem in § 45c neu eingefügten Absatz 3a insbesondere auch Leistungen, die dazu dienen, trotz der vorliegenden Beeinträchtigungen die eigene hauswirtschaftliche Versorgung weiterhin bewältigen und sicherstellen zu können. Dementsprechend wird ebenfalls das Leistungsspektrum der gemäß § 45b durch ambulante Pflegedienste erbringbaren Entlastungsleistungen um Hilfen auch bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erweitert.

Zu Doppelbuchstabe ff

Zusätzliche Entlastungsleistungen im Sinne von § 45b sollen insbesondere auch durch nach § 45c geförderte oder förderfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote erbracht werden können. Daher werden in die Auflistung der Leistungen in § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 4, für die eine Kostenerstattung erfolgt, neben niedrigschwelligen Betreuungsangeboten auch niedrigschwellige Entlastungsangebote aufgenommen.

Zu Doppelbuchstabe gg

Nach der Intention des Gesetzgebers hatte bereits bislang eine Kostenerstattung nach § 45b Absatz 1 für die Inanspruchnahme der in § 45b Absatz 1 Satz 6 genannten qualitätsgesicherten Leistungen zu erfolgen, ohne dass es darauf ankommen sollte, mit welchen weiteren Mitteln diese ggf. kofinanziert wurde. Insbesondere sollte es für die Nutzung der zusätzlichen Betreuungsleistungen im Rahmen einer vorübergehenden vollstationären Versorgung in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht darauf ankommen, ob hierfür der originäre bzw. eigenständige Anspruch nach § 42 oder etwa der Anspruch nach § 39 eingesetzt wurde. Ebenso konnte auch die Inanspruchnahme von teilstationärer Versorgung in einer zugelassenen Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege auch dann über die Mittel nach § 45b Absatz 1 (teil-)finanziert werden, wenn zum Beispiel keine Nutzung des Anspruchs aus § 41 erfolgte, dieser Anspruch ggf. schon ausgeschöpft war oder die teilstationäre Versorgung über den Anspruch nach § 39 finanziert wurde. In der Praxis sind in der jüngeren Vergangenheit diesbezüglich jedoch teilweise divergierende Auslegungen vorgenommen worden. Die vorliegende Regelung erfolgt daher zur Klarstellung, dass insbesondere eine (Ko-)Finanzierung der Inanspruchnahme der in Satz 6 aufgeführten qualitätsgesicherten Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 für die Geltendmachung des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen aus Absatz 1 oder Absatz 1a unschädlich ist.

Zu Buchstabe c

Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, erhalten ebenfalls einen Anspruch auf zusätzliche Entlastungsleistungen sowie erstmals auch einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b. Für ihren Anspruch gelten die Vorschriften zur Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, entsprechend. Es handelt sich hierbei also gleichfalls um einen Anspruch auf Kostenerstattung, der nach Wahl des Versicherten für die in § 45b Absatz 1 Satz 6 aufgeführten qualitätsgesicherten Betreuungs- und Entlastungsleistungen eingesetzt werden kann. Die Bestimmungen der Absätze 2 und 3 gelten für den aus Absatz 1a folgenden Anspruch ebenfalls entsprechend.

Die Einführung einer Entlastungsleistung einheitlich sowohl für vorwiegend kognitiv als auch für vorwiegend somatisch beeinträchtigte Pflegebedürftige – bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung und Öffnung des bisherigen Leistungsspektrums der zusätzlichen Betreuungsleistungen für alle Pflegebedürftigen – erfolgt in Umsetzung der Empfehlungen des vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzten Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in seinem Abschlussbericht vom 27. Juni 2013. Ein wichtiger Schritt zur Erreichung des Ziels einer spürbaren Verbesserung der Rahmenbedingungen der häuslichen Pflege sowohl für kognitiv als auch für somatisch beeinträchtigte Pflegebedürftige, das mit der empfohlenen Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und der Neuausrichtung des Begutachtungsverfahrens unter anderem erreicht werden soll, wird damit schon im Rahmen der vorliegenden Reform vollzogen.

Für die von ihm vorgeschlagene Entlastungsleistung hatte der Expertenbeirat einen Betrag in Höhe von 100 Euro monatlich vorgesehen, bis zu dem eine Erstattung der Kosten für in Anspruch genommene Leistungen erfolgen sollte. In Anlehnung an den für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in § 45b Absatz 1 Satz 2 vorgesehenen dynamisierten Grundbetrag werden hier als Erstattungsgrenze hingegen 104 Euro monatlich vorgesehen. Wegen der Einzelheiten zur Umsetzung der Empfehlungen des Expertenbeirats wird im Übrigen auf die Ausführungen zur Begründung zu Nummer 18 Buchstabe d (§ 45c Absatz 3a (neu)) verwiesen.

Zu Buchstabe d

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einführung des Anspruchs auf zusätzliche Entlastungsleistungen in § 45b sowie der Erstreckung des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen auch auf Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen.

Zu Buchstabe e

Mit der vorliegenden Regelung wird eine neue Kombinationsleistung zur weiteren Flexibilisierung der Leistungen der Pflegeversicherung und Stärkung der Wahlrechte der Anspruchsberechtigten eingeführt. Nach Absatz 3 (neu) können nunmehr niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote im Sinne von Absatz 1 Satz 6 Nummer 4 auch über die Ansprüche aus Absatz 1 und Absatz 1a (neu) hinaus in Anspruch genommen und im Wege der Kostenerstattung mit der Pflegeversicherung abgerechnet werden.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote erhalten die nach Absatz 1 und Absatz 1a Anspruchsberechtigten durch die neue Kombinationsleistung so weitergehende Wahlrechte. Es wird ermöglicht, die Hälfte der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen, die für die jeweilige Pflegestufe (einschließlich der sogenannten Pflegestufe 0) nach § 36 oder bei dem Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a nach §

123 vorgesehen sind, auch für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen einsetzen zu dürfen. Der Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen mindert sich dann in dem Umfang, in dem der Leistungsbetrag für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen – maximal in Höhe von 50 vom Hundert des jeweiligen Höchstleistungsbetrags – verwendet wurde.

Die niedrigschwelligen Angebote sollen die professionelle Pflege dabei nicht ersetzen, sondern sie bedarfsgerecht ergänzen. Durch ihre Vernetzung in der Region und ihre Kooperation mit den zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbessern sie zudem die Kenntnisse der Betroffenen über vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten und fördern deren Inanspruchnahme. Dies gilt insbesondere auch für die Beratungsangebote der Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungsunternehmen einschließlich der Beratung nach § 7a. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote unterstützen die Betroffenen gleichsam als Lotsen so dabei, alle zur Verfügung stehenden Hilfsangebote entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse tatsächlich in Anspruch zu nehmen.

Für die in Anspruch genommenen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen gilt das Kostenerstattungsprinzip. Die Anspruchsberechtigten erhalten die finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege.

Wer das Sachleistungsbudget (nach § 36 oder § 123) für die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen anteilig nutzt, kann daneben – ebenso wie bei anteiligem Sachleistungsbezug – in entsprechender Anwendung der Kombinationsregelung nach § 38 ein anteiliges Pflegegeld beziehen. Ebenso kann der Bezug sowohl von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen als auch von ambulanten Pflegesachleistungen und Pflegegeld miteinander kombiniert werden. Im Rahmen der Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 gilt dabei die Erstattung der Aufwendungen nach Absatz 3 (neu) für die Berechnung des anteiligen Pflegegeldes als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 und 4 sowie § 123 zustehenden Sachleistung.

Wer niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Rahmen der neuen Kombinationsleistung nutzt, hat eine obligatorische Pflicht-Beratung durch die in § 37 Absatz 3 oder 8 genannten Beratungsstellen – insbesondere zugelassene Pflegeeinrichtungen oder Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nach § 7a – abzurufen. Daher findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung. Die häuslich Pflegenden sollen auch in diesem Fall regelmäßige Hilfestellungen und praktische pflegfachliche Unterstützung durch die Beratungseinsätze zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege erhalten. Wird der Beratungseinsatz nicht abgerufen, erfolgt in entsprechender Anwendung des § 37 Absatz 6 – wie beim Pflegegeld – bei der Kostenerstattung eine Kürzung oder im Wiederholungsfalle keine Kostenerstattung mehr.

Soweit die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen mit den vergleichsweise höheren Mitteln des Sachleistungsbudgets finanziert werden und quasi an deren Stelle treten, ist eine Anrechnungsfreiheit auf Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3a nicht gerechtfertigt. Soweit Versicherte niedrigschwellige Betreuungs- oder Entlastungsangebote unter Nutzung ihres Anspruchs aus Absatz 4 Satz 1 in Anrechnung auf ihren Anspruch aus § 36 und § 123 in Anspruch nehmen, findet die Vorschrift des § 13 Absatz 3a daher keine Anwendung.

Die vorgesehene Regelung soll im Rahmen einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit evaluiert werden, um Informationen über die Umsetzung und die Auswirkungen der gesetzlichen Änderung zu erhalten.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung niedrigschwelliger Entlastungsangebote.

Zu Nummer 18 (§ 45c)

Zu Buchstabe a

Zusätzlich zu den bisherigen niedrigschwelligen Betreuungsangeboten soll es zukünftig auch niedrigschwellige Entlastungsangebote geben, die zur Entlastung der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen sowie anderen Nahestehenden, die ehrenamtlich Pflegeverantwortung übernommen haben (siehe hierzu auch die Erläuterung in der Begründung zu Buchstabe d), beitragen. Sowohl niedrigschwellige Betreuungsangebote wie auch niedrigschwellige Entlastungsangebote sollen in Zukunft sowohl Personen offenstehen, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, als auch Pflegebedürftigen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen. Daher sollen ebenfalls die in § 45c Absatz 1 vorgesehenen Fördermittel in Höhe von 25 Millionen Euro je Kalenderjahr nunmehr zugunsten beider Personengruppen sowohl weiterhin zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote als auch ab sofort zur Förderung niedrigschwelliger Entlastungsangebote verwendet werden können. Gleichfalls förderfähig bleiben wie bisher Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke, aber auch für andere Pflegebedürftige.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich zum einen um eine redaktionelle Änderung aufgrund der Einführung förderfähiger niedrigschwelliger Entlastungsangebote. Zum anderen wird durch die Ergänzungen klargestellt, dass sich die Vorschrift einerseits weiterhin auf „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ bezieht – also wie bisher auf Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, einschließlich solcher im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ohne Pflegestufe – sowie andererseits nunmehr auch auf Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I, die die Voraussetzungen nach § 45a nicht erfüllen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Ergänzungen wird klargestellt, dass sich die Vorschrift zum einen weiterhin auf „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ bezieht – also wie bisher auf Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, einschließlich solcher im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ohne Pflegestufe – sowie nunmehr auch auf Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I, die die Voraussetzungen nach § 45a nicht erfüllen. Zudem wird in Angleichung an den neuen Absatz 3a ebenfalls in Absatz 3 klargestellt, dass der Begriff der pflegenden Angehörigen im vorliegenden Zusammenhang nicht zu eng verstanden werden soll (siehe hierzu auch die Erläuterung in der Begründung zu Buchstabe d).

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Angleichung an die Fassung des neuen Absatzes 3a Satz 4. Bei den in Absatz 3 Satz 5 benannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten handelt es sich bereits bislang um eine lediglich beispielhafte Aufzählung; dies kommt durch die Angleichung im Wortlaut des Gesetzes nun noch klarer zum Ausdruck.

Zu Buchstabe d

Nach § 45c förderfähig sollen zukünftig auch niedrigschwellige Entlastungsangebote sein. Mit der vorliegenden Neuregelung werden die Empfehlungen des vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzten Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umgesetzt, der in seinem Abschlussbericht vom 27. Juni 2013 die Einführung einer Entlastungsleistung empfohlen hatte. Diese sollte allen Pflegebedürftigen – sowohl vorwiegend kognitiv wie auch vorwiegend somatisch beeinträchtigten Menschen – offen stehen und möglichst unbürokratisch und flexibel genutzt werden können. Zu dieser Entlastungsleistung sollte ein möglichst niedrigschwelliger Zugang sichergestellt werden; vorgesehen wurde eine Ausgestaltung als Kostenerstattungsanspruch. Die Leistung sollte ferner sowohl die Belange alleinlebender Pflegebedürftiger berücksichtigen als auch zur Entlastung pflegender Angehöriger beitragen und diesen einen Anreiz geben, die Leistung auch tatsächlich zu nutzen, um die mit der Pflege einhergehenden Belastungen abzubauen bzw. zu mildern. In Umsetzung dieser Empfehlungen wird in § 45c ein neuer Absatz 3a eingefügt.

In Vorbereitung auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der zweiten Stufe der Pflegereform werden hiermit neue Möglichkeiten zur Entlastung sowohl der auf Pflege und Betreuung angewiesenen Menschen als auch der Menschen, die für sie Pflegeverantwortung übernommen haben, eröffnet. Da es sich hierbei um Leistungen handelt, die über das bisherige Leistungsspektrum der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen und der Intention des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (der Förderung des Erhalts der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Anspruchsberechtigten) in besonderem Maße Rechnung tragen, sollen die neuen Leistungsinhalte im folgenden ausführlich dargestellt und erläutert werden. Damit werden die Inhalte der neuen Entlastungsleistungen für alle Beteiligten – einschließlich der Länder, die nach § 45b Absatz 4 (neu) das Nähere auch über die Anerkennung niedrigschwelliger Entlastungsangebote nunmehr durch Rechtsverordnung zu bestimmen haben werden – veranschaulicht und näher konkretisiert.

Niedrigschwellige Entlastungsangebote erbringen zusätzliche Entlastungsleistungen, die der Deckung des Bedarfs der Versicherten an Unterstützung im Haushalt, insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, an Unterstützung bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder an Unterstützung bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen dienen oder die dazu beitragen, Angehörige und andere nahestehende Personen gerade in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zu entlasten. Zusätzliche Entlastungsleistungen beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und andere Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegenden, insbesondere zur Bewältigung des Pflegealltags, oder andere geeignete Maßnahmen, die der vorgenannten Bedarfsdeckung bzw. Entlastung dienen.

Das Angebot von Entlastungsleistungen soll vielfältig sein. Es richtet sich grundsätzlich an alle Menschen, die mit den Anforderungen eines ganz gewöhnlichen Alltags nicht mehr zurecht kommen und die Pflichten, Aufgaben und Tätigkeiten des täglichen Lebens aufgrund nachlassender eigener Ressourcen und in Ermangelung eines zur Unterstützung hierfür ausreichenden sozialen Netzwerkes nicht mehr bewältigen können und deshalb bedürfnis- und wunschgerechter entlastender Hilfe und Unterstützung bedürfen. Entlastende Alltagshilfen betreffen im Wesentlichen Serviceleistungen im Bereich des Haushalts oder der unmittelbaren häuslichen Umgebung, die Übernahme von Fahr- und Begleitsdiensten, Einkaufs- und Botengänge, die Beratung und praktische Hilfe bei Anträgen und Korrespondenzen oder die organisatorische Unterstützung bei der Bewältigung besonderer Alltagsanforderungen (beispielsweise bei einem Umzug in eine kleinere, altersgerechtere Wohnung).

Die Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen soll leicht zugänglich sein und frühzeitige Hilfestellungen ermöglichen. Dies korrespondiert mit den vom Expertenbeirat empfohlenen Inhalten eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begut-

achtungsverfahrens, die unter anderem auch dazu beitragen sollen, Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, möglichst frühzeitig beim Umgang mit den Anforderungen, zu deren Bewältigung sie Hilfe benötigen, Unterstützung zu leisten, um so möglichst lange eine möglichst große Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Betroffenen aufrecht-erhalten zu können.

Dabei bieten insbesondere niedrigschwellige Angebote eine sinnvolle Ergänzung des bereits bislang bestehende Leistungsangebots, da sie für die Betroffenen leicht zugänglich sind und ihre Leistungen in der Regel ohne großen bürokratischen Aufwand genutzt werden können. Niedrigschwellige Angebote können oftmals flexibel auf individuelle und regionale Bedarfe reagieren und ggf. relativ schnell bedarfsgerecht flächendeckend aufwachsen, um zur Entlastung der Pflegebedürftigen wie auch der pflegenden Angehörigen und anderen Nahestehenden, die ehrenamtlich Pflegeverantwortung übernommen haben, beizutragen.

Gerade zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit bzw. bei beginnenden erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz kann es den Betroffenen vielleicht leichter fallen, zunächst ein niedrigschwelliges Angebot zu nutzen und sich so mit der neuen Situation erst einmal vertraut zu machen. Die Entlastungsangebote können hierbei ggf. zugleich gleichsam als Lotsen fungieren und die Betroffenen beispielsweise darüber informieren, wo und durch wen sie weitere Beratung und Unterstützung erhalten können.

Die niedrigschwelligen Entlastungsangebote ersetzen die professionelle Pflege also nicht, sondern sie ergänzen sie und kooperieren mit den zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Durch ihre Vernetzung in der Region verbessern sie die Kenntnisse der Betroffenen über vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten und fördern deren Inanspruchnahme. Dies gilt auch für die Beratungsangebote der Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungsun-ternehmen.

In den Beratungsergebnissen des Expertenbeirats 2013 nahm des Weiteren die Überlegung eine wichtige Rolle ein, die einzuführende Entlastungsleistung insbesondere auch zur wirksamen Entlastung der pflegenden Angehörigen einsetzen zu können. Über die Entlastungsleistung sollen daher ebenso Unterstützungsleistungen finanziert werden können, die den Angehörigen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden helfen, die Anforderungen, die die Pflege und Betreuung eines anderen Menschen begleiten, besser bewältigen oder besser mit ihnen umgehen zu können. Der Personenkreis, der auf diese Weise Unterstützung erhalten kann, soll hierbei nicht zu eng gefasst werden. Entlastung in ihrer Eigenschaft als Pflegenden benötigen alle Personen, die sich der Pflege, Betreuung und Versorgung eines auf Pflege angewiesenen Menschen verantwortungsvoll und nicht nur vorübergehend annehmen und sich so im Bereich der Pflege nicht erwerbsmäßig engagieren. Dies kann auf dem Zusammenhalt in der Familie, auf partnerschaftlichem oder freundschaftlichem Beistand, auf einer nachbarschaftlichen Übernahme von Pflegeverantwortung oder auf anderen Gründen beruhen. Personen, die sich in dieser Weise stetig in die Pflege einbringen, stehen den Personen, die der Pflege bedürfen und durch sie versorgt werden, nahe. Diese Nahestehenden sollen durch die Inanspruchnahme der Entlastungsangebote in ihrem Pflegealltag ebenso wie die in der Pflege engagierten Angehörigen Beistand erfahren können.

Geleistet werden könnte in diesem Zusammenhang beispielsweise eine emotional stabilisierend wirkende und beratende Begleitung der Angehörigen und anderen Nahestehenden im Pflegealltag wie auch eine organisatorische Hilfestellung, die z. B. auf individuelle Möglichkeiten zur Verbesserung der Pflegesituation aufmerksam macht und bei der Umsetzung der hierfür erforderlichen Schritte praktische Unterstützung leistet. Die Stärkung der pflegenden Angehörigen und anderen Personen, die Pflegeverantwortung übernommen haben, und eine bessere Gestaltung des Pflegealltags kommen dabei zugleich auch den Betreuungs- und Pflegebedürftigen selbst zugute.

Zwischen den Unterstützungsleistungen, die niedrigschwellige Betreuungsangebote erbringen, und den Hilfestellungen, die niedrigschwellige Entlastungsangebote beinhalten, besteht keine scharfe Trennung. Die Leistungen dieser Angebote bieten in der Praxis ein sich teilweise überschneidendes Spektrum. Gerade dadurch, dass niedrigschwellige Angebote eine große Vielfalt aufweisen und sich oftmals regionalen und individuellen Bedürfnissen anpassen, würde eine strenge Kategorisierung im Einzelfall eventuell Schwierigkeiten bereiten. Zusätzliche Betreuungsangebote im Sinne von Absatz 3 und zusätzliche Entlastungsangebote im Sinne von Absatz 3a sollten daher als sich gegenseitig ergänzende Hilfen angesehen werden, die jeweils lediglich unterschiedliche Schwerpunkte in ihrer Arbeit setzen.

Die Sätze 2 bis 4 des Absatzes 3 gelten entsprechend. Die Förderung niedrigschwelliger Entlastungsangebote erfolgt also ebenso als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich tätigen Kräfte sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der eingesetzten Personen verbunden sind, zu finanzieren. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Entlastungsangebots beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden in Bezug auf die Entlastungsleistungen, die sie erbringen sollen, sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Insbesondere soll das Konzept sicherstellen, dass die Erbringung der Entlastungsleistungen jederzeit zielgruppengerecht durchgeführt wird.

Absatz 3a Satz 4 enthält eine beispielhafte, nicht abschließende, Aufzählung von Angeboten, die als niedrigschwellige Entlastungsangebote in Betracht kommen.

Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen dienen insbesondere zur Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Bewältigung von sonstigen Alltagsanforderungen im Haushalt. Sie bieten verlässliche Hilfe beispielsweise bei üblichen Reinigungsarbeiten, der Wäschepflege, der Blumen- und Gartenpflege sowie der Erledigung des Wocheneinkaufs, Fahrdienste zu Arzt- oder anderen Terminen, aber auch Hilfen bei nicht jeden Tag auftretenden Anforderungen des Haushalts wie dem wartungsgerechten Reinigen einer Waschmaschine oder der notwendigen Durchführung eines „Frühjahrsputzes“ im Haus. Ihre Leistungen umfassen ggf. ferner Botengänge, beispielsweise zur Post, zur Apotheke, zur Bücherei oder zu Behörden, Unterstützung bei der alltäglichen Korrespondenz mit öffentlichen Stellen, Versicherungen, Banken u. a. sowie organisatorische und praktische Hilfestellungen beispielsweise bei einem pflegebedingt notwendig werdenden Umzug. Serviceagenturen können ebenfalls Rat und praktische Unterstützung bieten, damit der Anspruchsberechtigte die Deckung der in Absatz 3a Satz 1 genannten Bedarfe mit den ihm individuell zur Verfügung stehenden Mitteln eigenverantwortlich organisieren kann.

Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen müssen als niedrigschwellige Entlastungsangebote eine legale und sozialversicherungsrechtlich einwandfreie Beschäftigung des von ihnen eingesetzten Personals oder der von ihnen eingesetzten ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer gewährleisten, Sorge für bedarfsgerechte Urlaubs- und Krankheitsvertretungen tragen und auch im Übrigen eigenständig für die Einhaltung aller geltenden Vorschriften sorgen. Der Einsatz von Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen ist für die Anspruchsberechtigten daher besonders einfach und bürokratiearm möglich. Als niedrigschwellige Entlastungsangebote kommen aber ebenso auch Servicestellen qualifizierter Einzelhelfer in Betracht, die ein zielgruppengerechtes Konzept verfolgen.

Alltagsbegleiter unterstützen Pflegebedürftige beim Umgang mit den allgemeinen wie auch mit spezifisch pflegebedingten Alltagsanforderungen. Dies bietet Hilfe für viele pflegebedürftige Menschen - mit und ohne erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz -,

die bedingt durch nachlassende eigene Fähigkeiten und Ressourcen zunehmend Probleme damit haben, ihre alltäglichen Pflichten und Aufgaben zu bewältigen. Oftmals ziehen diese Menschen sich aufgrund einer stetigen Überforderung dann zurück, verlieren soziale Kontakte und damit auch soziale Unterstützungsmöglichkeiten und vereinsamen. Besonders betroffen sind auch Alleinlebende. Alltagsbegleiter gehen auf diese Menschen zu und helfen ihnen durch eine verlässliche Begleitung und kleine Hilfen im Alltag, die Überforderung abzubauen, eine soziale Isolation von vorneherein zu vermeiden oder zu vermindern und durch eine Stärkung der noch vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten soweit wie möglich die eigene Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit aufrecht zu erhalten oder sogar wieder zurück zu gewinnen. Hierdurch wird ebenfalls ein längeres Verbleiben in der eigenen, gewohnten häuslichen Umgebung ermöglicht.

Insgesamt sind die Tätigkeiten von Alltagsbegleitern darauf ausgerichtet, die Anspruchsberechtigten zu befähigen, trotz ihrer Beeinträchtigungen weiterhin möglichst selbstständig am Alltag teilhaben zu können. Alltagsbegleiter leisten Hilfe bei alltäglichen Aufgaben, einschließlich die Eigenständigkeit erhaltenden kleineren Hilfen in Haus und Garten (beispielsweise beim Auswechseln einer Glühbirne oder dem Einräumen von Geschirr in die Spülmaschine nach dem Nachmittagskaffee), helfen beim Umgang mit Behördenangelegenheiten, begleiten die Anspruchsberechtigten zum Einkaufen, zum Gottesdienst, beim Besuch auf dem Friedhof, beispielsweise auch zur Unterstützung bei der Durchführung der Grabpflege, kochen gemeinsam mit ihnen, unterstützen bei der Vorbereitung eines gemeinschaftlichen Kaffeetrinkens mit Freunden, lesen vor, hören zu, geben Impulse und ermutigen zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte. Ihre Tätigkeit ist von persönlicher Zuwendung und praktischen Hilfen geprägt, die die Begleiteten dabei unterstützen, ihr Leben weiter selbst zu gestalten.

Alltagsbegleiter als niedrigschwellige Entlastungsangebote werden nicht im stationären, sondern im häuslichen Bereich tätig. Sie unterstützen bei der Alltagsgestaltung im Haushalt, bei der alltäglichen Freizeitgestaltung und vergleichbaren Aktivitäten, nicht aber beim Besuch von Kindergarten oder Schule, bei der Ausbildung, Berufstätigkeit oder sonstigen Teilhabe am Arbeitsleben, bei der Wahrnehmung von Ämtern oder in vergleichbaren Bereichen. Nicht zum Aufgabenbereich von Alltagsbegleitern gehört auch die medizinisch-pflegerische Versorgung, die von Fachkräften zu übernehmen ist.

Pflegebegleiter bieten insbesondere pflegenden Angehörigen und anderen Nahestehenden eine zugehende verlässliche organisatorische, beratende, aber auch emotionale Unterstützung, die zur besseren Bewältigung des Pflegealltags beitragen kann. Ehrenamtliche Pflegebegleiter leisten Angehörigen und anderen nahestehenden Pflegepersonen dabei den Beistand, den diese benötigen, um sich der schwierigen Aufgabe der Pflege zu stellen und diese positiv zu gestalten.

Pflegebegleiter begleiten die Pflegenden wunsch- und bedarfsgerecht, helfen bei der Strukturierung und Organisation des Pflegealltags und unterstützen die Pflegenden in der notwendigen Kompetenzentwicklung. Sie sind mit anderen Hilfsangeboten vernetzt und können für die Betroffenen so gleichsam als Lotsen bei der Zusammenstellung der verfügbaren Hilfen fungieren. Sie achten darauf, dass die Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen und anderen Nahestehenden, die Pflegeverantwortung übernommen haben, nicht so weit in den Hintergrund tritt, dass hieraus für diese selbst gravierende gesundheitliche Gefährdungen erwachsen oder sie in eine dauerhafte soziale Isolation geraten. Sie haben für die Sorgen der Pflegenden ein offenes Ohr, vermitteln Wissen zur Bewältigung des Pflegealltags, stärken die Fähigkeiten der Betroffenen zur Selbsthilfe und drücken Anerkennung für das Geleistete aus. Ihre Unterstützungsangebote sind flexibel, so dass sie sich gut an die jeweiligen individuellen Bedürfnisse der Betroffenen in ihren jeweils unterschiedlichen Lebenssituationen anpassen und passgenau reagieren können. So kann ihre Hilfe auch bei verschiedenartigen Pflegesituationen wirksam werden, je nachdem, ob es sich z. B. um ein Kind mit Behinderung, ein demenziell erkranktes Elternteil oder einen rein körperlich beeinträchtigten Ehepartner handelt, für den die oder der

Pflegende Sorge trägt. Die Pflegebegleiter sollen dabei die übrigen Leistungen der Pflegeversicherung - einschließlich der Beratung nach § 7a - nicht ersetzen, sondern die Pflegepersonen darin unterstützen, alle zur Verfügung stehenden Hilfsangebote bedarfsgerecht tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Durch die kompetente und verlässliche Begleitung verbessert sich die Lebensqualität nicht nur bei den begleiteten Angehörigen und anderen Pflegeverantwortung tragenden Personen, sondern auch für die auf Pflege und Betreuung angewiesenen Menschen selbst. Von der stabilisierenden und fördernden Wirkung der Pflegebegleitung profitieren damit alle Beteiligten.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einführung niedrigrschwelliger Entlastungsangebote. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die anderen nach Absatz 6 Beteiligten sollen die Empfehlung nach Absatz 6 zeitnah an die neue Rechtslage unter Berücksichtigung der neuen Entlastungsangebote anpassen.

Zu Nummer 19 (§ 45 e)

Zu Buchstabe a

Die Neugründung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist nicht in der Geschwindigkeit angelaufen, wie dies zu erwarten war, und somit ist die erwartete Anzahl der Wohngemeinschaften noch nicht erreicht. Das Ziel der Anschubfinanzierung wird aber weiterhin verfolgt. Dabei kommt es weniger darauf an, wann dieses Ziel erreicht wird, wichtiger ist vielmehr, dass damit ausreichend viele Impulse für diese Wohnform gesetzt werden. Daher wird neben der Abschaffung der zeitlichen Befristung (vergl. die Begründung zu Buchstabe c) klargestellt, dass die Umbaumaßnahme auch erfolgen kann, bevor mit Neugründung der ambulant betreuten Wohngemeinschaft und dem Einzug in die gemeinsame Wohnung ein Anspruch auf Leistungen nach § 38a besteht. Nicht förderfähig bleiben Kosten beim Neubau einer Wohnung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Um die Neugründung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften anzuregen, soll diese so lange gefördert werden bis das Budget von 30 Mio. Euro erschöpft ist. Dadurch ergibt sich abhängig vom Gesamtantragsvolumen einer ausreichenden Anzahl von Wohngruppen eine Befristung der Fördermaßnahme, die nicht in einem festen Datum ausgedrückt werden muss. Die Pflegekassen melden die ausgezahlten Fördermittel im monatlichen Finanzausgleichsverfahren dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Das Bundesversicherungsamt informiert die Pflegekassen und den Verband der privaten Krankenversicherungen e.V., wenn die Förderung eine Gesamthöhe von 30 Mio. Euro erreicht hat. Danach werden nur noch die bis zum Kalendermonat der Bekanntgabe eingegangenen Anträge bewilligt. Damit ist sicher gestellt, dass der für die begrenzte Sonderförderung zur Verfügung gestellte Betrag von 30 Mio. Euro nicht oder nur unwesentlich überschritten wird.

Zu Nummer 20 (§ 46)

Die Beitragseinnahmen, die in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten dem Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung zugeführt werden, verursachen bei den Pflegekassen keinen zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Die Änderung stellt sicher, dass es durch den Anteil der Beitragssatzerhöhung, der für die Zuführung von Mitteln zum Pflegevorsorgefonds

bestimmt ist, nicht zu einer ungerechtfertigten Erhöhung der Verwaltungskostenerstattung zu Gunsten der Krankenkassen kommt.

Zu Nummer 21 (§ 55)

Die Beitragssatzerhöhung trägt dem Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung Rechnung. Sie ist insbesondere zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen, zur Dynamisierung der Leistungen sowie zum Aufbau eines Pflegevorsorgefonds erforderlich.

Zu Nummer 22 (§ 57)

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Nummer 23 (§ 58)

Die Länder, in denen der Reformationstag bisher kein gesetzlicher Feiertag ist, wollen im Jahre 2017 zum 500-jährigen Jubiläum den Reformationstag einmalig zu einem gesetzlichen Feiertag erheben. Die Regelung stellt klar, dass sich dadurch der Arbeitnehmeranteil zur Pflegeversicherung nicht erhöhen wird.

Zu Nummer 24 (Vierter Abschnitt)

Die Änderung ist redaktioneller Art. Die Qualitätssicherung ist im Elften Kapitel geregelt.

Zu Nummer 25 (§ 87a)

Hiermit wird der finanzielle Anerkennungsbetrag unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 4,0 vom Hundert angepasst.

Zu Nummer 26 (§ 87b)

Zu Buchstabe a

Die Überschrift des § 87b wird entsprechend der folgenden inhaltlichen Änderungen angepasst.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen können bisher nach § 87b zusätzliche Betreuungskräfte anstellen, die das Angebot an Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz ergänzen. Der von der Pflegeversicherung finanzierte Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften hat sich in der Praxis bewährt. Es besteht in der Fachwelt ein breiter Konsens, bei der Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs das zusätzliche Betreuungsangebot zu erhalten.

Diese Regelung wird nunmehr als ein zentraler Bestandteil im stationären Pflegebereich ausgebaut und im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der bestehenden Systematik weiterentwickelt. Die Möglichkeit des zusätzlichen Angebotes an Betreuung und Aktivierung wird nicht mehr nur auf Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz begrenzt, sondern auf alle pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Pflegegäste sowie die Versicherten, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, ausgeweitet. Damit werden somatische Beeinträchtigungen von den zusätzlichen Betreuungsangeboten in der stationären Pflege mit erfasst. Für die gesamte Zielgruppe wird innerhalb der Regelung fortlaufend der Begriff „anspruchsberechtigte Personen“ verwen-

det. Die Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen sind entsprechend anzupassen.

In diese Erweiterung des fakultativen Vergütungszuschlages sind auch weiterhin alle zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen, also alle vollstationären Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen als Anspruchsträger einbezogen, sofern sie die Voraussetzungen des § 87b SGB XI erfüllen und eine Vereinbarung über entsprechende Vergütungszuschläge getroffen haben.

Aufgabe der zusätzlichen Betreuungskräfte ist es, für alle in der stationären Pflege versorgten anspruchsberechtigten Personen ein ergänzendes Angebot an Betreuung und Aktivierung zu bieten. Zusätzliche Betreuungskräfte dürfen nicht regelmäßig in grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sollen sie nur unter Anleitung von qualifizierten Pflegekräften, im Team und in enger Kooperation mit weiteren Fachkräften erbringen und insoweit Pflegekräfte unterstützen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderungen in den Nummern 1, 2 und 4 folgen der Erweiterung in Satz 1 und sind redaktioneller Art.

Verbunden mit der Ausweitung der Zielgruppe für das zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebot wird in Nummer 3 auch die Betreuungsrelation einheitlich für alle teil- und vollstationären Einrichtungen deutlich verbessert, um die Wirksamkeit der Maßnahme zu stärken. In Pflegesatzverhandlungen wird die Zahl des zusätzlichen Betreuungspersonals weiterhin prospektiv vereinbart. Die Vertragsparteien sollen in der Regel eine Betreuungskraft für 20 anspruchsberechtigte Personen vorsehen. Die damit bedingte Erhöhung des Vergütungszuschlages ist von diesen entsprechend zu vereinbaren. Die Betreuungsrelation ist hierbei eine Orientierungsgröße. Die Vertragsparteien haben für die betreffende Pflegeeinrichtung individuell sachgerechte Lösungen zu vereinbaren und können zum Beispiel auch anteilige Stellen vorsehen. Es ist weiterhin sicherzustellen, dass Mitnahmeeffekte ausgeschlossen werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Änderungen sind redaktioneller Art und folgen der inhaltlichen Erweiterung.

Zu Buchstabe c

Die Änderungen sind redaktioneller Art und folgen der inhaltlichen Erweiterung.

Zu Buchstabe d

Die Änderung ist redaktioneller Art und folgt der inhaltlichen Erweiterung.

Zu Nummer 27 (§ 114 Absatz 5)

Die Ergänzung zielt darauf ab, die Effizienz und das Vertrauen in die Belastbarkeit der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen zu stärken. Qualitätsprüfungen erfolgen nicht als Vollhebungen, sondern auf der Basis von Stichproben. Wenn es im Rahmen einer Anlans-, Regel- oder Wiederholungsprüfung jedoch konkrete und gesicherte Anhaltspunkte (z.B. begründete Beschwerden oder Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen gibt, auf die sich für die Prüfung vorgesehene Stichprobe nicht erstreckt, ist es sinnvoll, die Prüfung entsprechend auszuweiten. Dies gilt insbesondere bei folgenden Pflegesituationen:

freiheitseinschränkenden Maßnahmen,

Dekubitus oder andere chronische Wunden,

Ernährungsdefizite,

chronische Schmerzen,

Kontrakturen,

Personen mit Anlage einer PEG-Sonde,

Personen mit Blasenkatheter.

Die betroffenen Pflegebedürftigen sind unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen in die Prüfung einzubeziehen. Sachlich begründet in diesem Sinne sind alle Hinweise, die nicht offensichtlich unbegründet sind. Die Prüfung ist jeweils als Anlassprüfung durchzuführen. Damit wird ermöglicht, dass die Ergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Personen bei der Darstellung der Qualität im Transparenzbericht zu berücksichtigen sind (siehe parallele Klarstellung in § 115 Absatz 1a).

Die erforderlich gewordene Klarstellung unterstreicht, dass der durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23. Oktober 2012 gemäß § 113 Absatz 1 Nummer 4 den Vertragsparteien nach § 113 gegebene Auftrag, Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich als Grundlage einer Umstrukturierung von Prüfinhalten und Prüfgeschehen zu entwickeln, mit hoher Dringlichkeit zu verfolgen ist.

Zu Nummer 28 (§ 115 Absatz 1a)

Zu Buchstabe a

Es wird bestätigt, dass die Ergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Personen bei der Darstellung der Qualität im Transparenzbericht zu berücksichtigen sind. Bereits die Begründung zur Einführung der Veröffentlichung von Prüfergebnissen im Regierungsentwurf für das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Nummer 74 - § 115), Bundestags-Drucksache 16/7439 vom 7. Dezember 2007, S. 89, hatte ausgeführt: „Den Veröffentlichungen sind die Ergebnisse der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zugrunde zu legen. Dies umfasst so wohl die Regelprüfungen als auch Ergebnisse aus anderen Prüfungen, zum Beispiel erforderlich gewordene Anlassprüfungen.“ Dies wird durch die Neuregelung in Verbindung mit der Ergänzung zu § 114 Absatz 5 nunmehr auch gesetzlich klargestellt.

Zu Buchstabe b

Darüber hinaus wird eine Informationspflicht über die Art der Prüfung - Regelprüfung-, Anlassprüfung, oder Wiederholungsprüfung - verankert, damit der Verbraucher über den Hintergrund der Prüfung informiert ist und auf dieser Grundlage die Informationen besser einordnen und vorhandene Angebote verlässlich und umfassend vergleichen kann. Dies korrespondiert mit der die berechtigten Interessen der Pflegeeinrichtungen während der Bestimmung aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008, dass von den Landesverbänden der Pflegekassen auf Antrag und auf Kosten der Pflegeeinrichtung eine Wiederholungsprüfung zu veranlassen ist, wenn wesentliche Aspekte der Pflegequalität betroffen sind und ohne zeitnahe Nachprüfung der Pflegeeinrichtung unzumutbare Nachteile drohen (§ 114 Absatz 5).

Zu Nummer 29 (§ 123)

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Die Werte der Übergangsleistungen für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, werden unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 2,67 vom Hundert angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Zu den Doppelbuchstaben cc und dd

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz sind für Versicherte ohne Pflegestufe, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, - d. h. für Personen, die auf Dauer erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind und die einen Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung haben, der noch nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (siehe § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2) - erstmals Leistungsansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Kombinationsleistung, Verhinderungspflege und Pflegehilfsmittel sowie Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds eingeführt worden. Diese für entsprechende Versicherte bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, übergangsweise eröffneten Ansprüche werden mit der vorliegenden Regelung um weitere Ansprüche erweitert, die die häusliche Pflege ergänzen oder unterstützen. Bezogen werden können nunmehr auch der Zuschlag für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a) sowie die Anschubfinanzierungsleistungen für die Gründung ambulant betreuter Wohngruppen (§ 45e), Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege (§ 41) und Leistungen der Kurzzeitpflege (§ 42). Der für die Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege vorgesehene Leistungsbetrag für Versicherte ohne Pflegestufe entspricht dem für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehenen Höchstbetrag nach § 123 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 (neu).

Damit wird erstmals auch für demenziell erkrankte Menschen, die zwar unter erheblichen Einschränkungen in ihrer Alltagskompetenz leiden, aber noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, die Möglichkeit geschaffen, die Leistungen der Pflegeversicherung zur pflegerischen Versorgung und Betreuung ebenfalls in ambulant betreuten Wohngruppen, teilstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege und Einrichtungen der Kurzzeitpflege zu erhalten. Als Gründungsmitglieder neuer ambulant betreuter Wohngruppen können sie zudem ebenso von der Anschubfinanzierung zur altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung profitieren. Hierdurch werden die Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung, die entsprechende Versicherte seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes für die Betreuung und Versorgung in ihrer häuslichen Umgebung beanspruchen können, zweck- und bedarfsgerecht ergänzt. Zugleich werden hierdurch weitere Entlastungsmöglichkeiten für die pflegenden Angehörigen geschaffen, die oftmals in besonderer Weise belastet sind, wenn bei dem Menschen, um den sie sich kümmern, eine dauerhaft erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Außerdem wird durch die Erweiterung der Unterstützungsmöglichkeiten, die in Anspruch genommen werden können, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessert.

Zu den Buchstaben b und c

Die Werte der Leistungszuschläge bei den Übergangsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz der Pflegestufen I und II werden ebenfalls unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe

von 2,67 vom Hundert angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Zudem werden die für Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz übergangsweise vorgesehenen Zuschläge auf die Ansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen in gleicher Höhe auch auf ihre Ansprüche auf Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege ausgedehnt. Hierdurch wird insbesondere die Situation von an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen sowie der sie pflegenden Angehörigen verbessert. Zugleich wird hiermit ebenfalls die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gestärkt.

Zu Nummer 30 (§§ 131 bis 139)

Das neue vierzehnte Kapitel regelt den Aufbau eines Vorsorgefonds in der sozialen Pflegeversicherung und die Verwendung seiner Mittel.

Zu § 131

Die Vorschrift bestimmt die Errichtung des Sondervermögens mit dem Namen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“.

Zu § 132

Mit der Bildung des Sondervermögens in der sozialen Pflegeversicherung soll die Finanzierung der aufgrund der demografischen Entwicklung im Zeitverlauf deutlich steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen verteilt und so auch der Gefahr einer Beschränkung des Leistungsniveaus der Pflegeversicherung begegnet werden.

Der gewählte Ansparzeitraum von 20 Jahren ergibt sich daraus, dass die Geburtsjahrgänge 1959 bis 1967 mit 1,24 Mio. bis 1,36 Mio. Menschen deutlich stärker besetzt sind als die davor und danach liegenden Jahrgänge. Im Jahr 2034 erreicht der erste Jahrgang das 75. Lebensjahr, nach dem die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein, deutlich ansteigt. Etwa 20 Jahre später ist ein größerer Teil dieses Personenkreises bereits verstorben und die erheblich schwächer besetzten Jahrgänge nach 1967 rücken in das Pflegealter vor. Dementsprechend ist in diesem Zeitraum eine besonders hohe Zahl von Pflegebedürftigen zu versorgen. Dadurch steigt die Notwendigkeit von Beitragssatzanpassungen.

Das Sondervermögen darf nach Abschluss der Ansparphase ausschließlich zweckgebunden zur Stabilisierung des aufgrund der demografischen Entwicklung ansteigenden Beitragssatzes verwendet werden. Eine andere Verwendung der Mittel des Sondervermögens ist gesetzlich ausgeschlossen.

Zu § 133

Die Vorschrift ermöglicht dem nichtrechtsfähigen Sondervermögen die Teilnahme am allgemeinen Rechtsverkehr. Die Ausgestaltung als nichtrechtsfähiges Sondervermögen begrenzt den Vollzugs- und Kostenaufwand, weil damit keine Regelung über Organe notwendig ist. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Frankfurt, da die Bundesbank als Verwalter des Sondervermögens (§ 134) seinen Dienstsitz in Frankfurt hat.

Zu § 134

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt, dass die Verwaltung des Sondervermögens einschließlich der Anlage der aus dem Ausgleichsfonds stammenden Mittel durch die Deutsche Bundesbank vorgenommen wird.

Zu Absatz 2

Die Anlage der Mittel des Sondervermögens ist entsprechend den Vorgaben der Anlageleitlinien für den ebenfalls von der Bundesbank verwalteten Versorgungsfonds des Bundes vorzunehmen. Diese gelten sinngemäß soweit die Vorschriften dieses Gesetzes nichts anderes bestimmen. Die Mittelanlage orientiert sich im Rahmen einer langfristigen Anlagestrategie an den Zielen Sicherheit, Rendite und Liquidität. Die Mittel werden zu marktüblichen Bedingungen angelegt. Damit wird die Eigenständigkeit des Sondervermögens gestützt. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält einen Sitz im Anlageausschuss des Versorgungsfonds des Bundes, in dem die Anlagepolitik der verschiedenen von der Bundesbank verwalteten Sondervermögen beraten wird.

Zu § 135

Zu Absatz 1

Die Zuführung von Mitteln zum Sondervermögen erfolgt auf der Grundlage des festgelegten Vomhundertsatzes in Höhe von 0,025 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres. Die Mittel sind dem Sondervermögen viermal jährlich zum 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und zum 15. Januar des Folgejahres zuzuführen.

Zu Absatz 2

Die Zuführung der Mittel in Höhe von 0,025 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres nach Absatz 1 an das Sondervermögen beginnt mit der Zahlung für das erste Quartal 2015 und endet mit der Zahlung für das Jahr 2033.

Zu § 136

Die Vorschrift gewährleistet, dass die Mittel des Sondervermögens nach 2034 ausschließlich zweckgebunden, d.h. zur Stabilisierung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden. Eine Verwendung der Mittel des Sondervermögens für gesetzlich vorgenommene Leistungsverbesserungen – Ausnahme: Anpassungen zur Berücksichtigung der Preisentwicklung – ist ausdrücklich ausgeschlossen.

Die dem Sondervermögen gemäß § 135 zugeführten Mittel verbleiben dort zinsbringend über einen Zeitraum von 20 Jahren, und werden dann in den kommenden 20 Jahren allmählich wieder der sozialen Pflegeversicherung zugeführt. Die festgelegte jährliche Obergrenze für die Entnahme aus den Mitteln des Sondervermögens sorgt dafür, dass die Mittel nicht in kurzer Zeit erschöpft sind. Der Bezug auf den Realwert des zum 31. Dezember 2034 vorhandenen Vermögens sorgt dafür, dass die Kaufkraft der entnehmbaren Mittel trotz Inflation über den Entnahmezeitraum von etwa 20 Jahren konstant bleibt.

Zu § 137

Aus der Rechtsnatur der Rücklage als Sondervermögen folgt die Trennung vom Vermögen, den Rechten und Verbindlichkeiten der sozialen Pflegeversicherung.

Zu § 138

Die Vorschrift enthält Regelungen über die Jahresrechnung des Sondervermögens. Über die Entwicklung des Sondervermögens berichtet die Bundesregierung im Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung nach § 10 SGB XI. Im Bericht soll auch dazu Stellung genommen werden, ob bzw. inwieweit es zur Erfüllung der Zielsetzungen des Versorgungsfonds Anpassungen bei der Höhe der Mittelabführung an den Fonds bedarf.

Zu § 139

Das Sondervermögen wird nach Erfüllung der Verbindlichkeiten aufgelöst.

Zu Artikel 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur. § 106a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, auf den in Artikel 42 Absatz 5 des Pflege-Versicherungsgesetzes Bezug genommen wird, wurde mit Wirkung zum 1. April 2004 gestrichen. Damals wurde die alleinige Tragung des Pflegeversicherungsbeitrages von Rentnern zur sozialen Pflegeversicherung eingeführt. Deshalb wurde auch der Zuschuss der gesetzlichen Rentenversicherung für freiwillig und privat Pflegeversicherte zur Pflegeversicherung, der bis dahin in § 106a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch geregelt war, gestrichen.

Zu Artikel 3

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.