

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Fünften Gesetzes 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 der 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 Betrof-

fenen 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.

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 leistungrechtlichen 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 leistungrechtlichen 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 112 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 100 Millionen Euro jährlich. Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,15 Beitragssatzpunkte beim Arbeitnehmer führt infolge des höheren Sonderausgabenabzugs zu Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer (einschließlich Solidaritätszuschlag) in Höhe von jährlich 455 Millionen Euro. Davon entfallen 208 Millionen Euro auf den Bund, 182 Millionen Euro auf die Länder und 65 Millionen Euro auf die Gemeinden. Für die Träger der Sozialhilfe ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht von rund 140 Millionen Euro jährlich. Diese Einsparungen kommen den Ländern und Kommunen zugute. Für die Träger der Kriegsopferfürsorge (Anteil: Bund 80 Prozent, Länder 20 Prozent) ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge geringe nicht bezifferbare Minderausgaben gegenüber dem geltenden Recht. Dem stehen im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) für Leistungsempfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII Kosten aus der Beitragssatzanhebung in Höhe von etwa 3 Millionen Euro gegenüber und für Leistungsberechtigte in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII in Höhe von etwa 18 Millionen Euro. Die Mehraufwendungen für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind aufgrund der vollständigen Erstattung der Nettoaufgaben vom Bund zu übernehmen. Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen, ausgenommen sind die durch die Beitragssatzerhöhung anfallenden Mehrausgaben für die Beiträge zur Pflegeversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

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 mit diesem Gesetz verbundenen Leistungsverbesserungen (insbesondere Dynamisierung, Flexibilisierung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Verbesserung der Tagespflege, Ausdehnung zusätzlicher Betreuungsangebote nach § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in stationären Pflegeeinrichtungen und Verbesserung der Betreuungsrelation, Erstreckung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI unter gleichzeitiger Erweiterung um zusätzliche Entlastungsleistungen 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 rund 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 60 Millionen Euro jährlich. Aus der Erhöhung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung ergeben sich für die Bundesagentur für Arbeit als Arbeitgeber Mehrkosten bei den Personalausgaben (Personal nach dem Zweiten und Dritten Buch Sozialgesetzbuch) in Höhe von rund 5 Millionen Euro.

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. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 100 000 Euro jährlich.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 3,9 Millionen Euro. Durch neue Vorgaben entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 3 830 Euro. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsauf-

wand um rund 1,85 Millionen Euro jährlich. Der auf den Bundeshaushalt entfallende Erfüllungsaufwand wird mit den vorhandenen Personal- und Sachmitteln innerhalb der jeweiligen Einzelpläne abgedeckt. Ein geringer einmaliger Umstellungsaufwand bei der Grundversicherung für Arbeitsuchende, bei der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See und des Bundesversicherungsamtes wird stellenmäßig und finanziell im Rahmen der bestehenden Ansätze ausgeglichen.

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 Milliarden Euro im Jahr 2015 und verändert sich anschließend entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Nennenswerte 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 in diesem Bereich.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Berlin,

23. Juni 2014

DIE BUNDESKANZLERIN

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

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG)

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

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

Der Gesetzentwurf ist dem Bundesrat am 30. Mai 2014 als besonders eilbedürftig zugeleitet worden.

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

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Angela Merkel

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Entwurf eines Fünften Gesetzes 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, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) Der Angabe zu § 30 wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
- b) In der Angabe zur Überschrift des Fünften Abschnittes des Vierten Kapitels werden nach dem Wort „Betreuungsbedarf“ ein Komma und die Wörter „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ eingefügt.
- c) Die Angabe zu § 45b wird wie folgt gefasst:
„Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Verordnungsermächtigung“.
- d) Die Angabe zu § 45c wird wie folgt gefasst:
„Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, Verordnungsermächtigung“.
- e) In der Angabe zur Überschrift des Vierten Abschnitts des Siebten Kapitels werden die Wörter „und Qualitätssicherung“ gestrichen.
- f) In der Angabe zu § 87b werden die Wörter „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ durch die Wörter „zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.
- g) Die folgenden Angaben werden angefügt:

„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. In § 7 Absatz 3 Satz 6 werden nach dem Wort „Betreuungsbedarf“ die Wörter „und Pflegebedürftige“ eingefügt und wird das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.
3. § 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 den Sätzen 7 und 8 wird jeweils das Wort „Modellvorhaben“ durch das Wort „Maßnahmen“ ersetzt.
4. In § 28 Absatz 1 Nummer 13 wird das Wort „Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ ersetzt.
5. § 30 wird wie folgt geändert:
 - a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
 - b) Die Sätze 1 bis 4 werden Absatz 1 und in Satz 1 werden die Wörter „erstmals im Jahre 2014“ durch die Wörter „erneut im Jahre 2017“ ersetzt.
 - c) Die Sätze 5 und 6 werden Absatz 2.
6. § 36 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Der Nummer 1 wird folgender Buchstabe d angefügt:

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

„d) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,“.
 - cc) Nummer 3 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Buchstabe c wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
 - bbb) Folgender Buchstabe d wird angefügt:

„d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.“

b) In Absatz 4 Satz 1 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) Der Nummer 1 wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 244 Euro ab 1. Januar 2015,“.

bb) Der Nummer 2 wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 458 Euro ab 1. Januar 2015,“.

cc) Nummer 3 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe c wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

bbb) Folgender Buchstabe d wird 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 im Satzteil vor Nummer 1 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. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, 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 um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.“

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 wird jeweils die Angabe „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) Der Nummer 1 wird folgender Buchstabe d angefügt:
„d) 468 Euro ab 1. Januar 2015,“.
 - bb) Der Nummer 2 wird folgender Buchstabe d angefügt:
„d) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,“.
 - cc) Nummer 3 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Buchstabe c wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
 - bbb) Folgender Buchstabe d wird angefügt:
„d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.“
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) 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 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „2012“ die Wörter „und 1 612 Euro ab 1. Januar 2015“ eingefügt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Abweichend von Satz 1 ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege in diesem Fall auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.“

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) Der Nummer 3 wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.“

dd) Nummer 4 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe c wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

bbb) Folgender Buchstabe d wird 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 dem Wort „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 wird 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, Verordnungsermächtigung“.

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 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) Satz 6 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Betreuung“ die Wörter „oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung“ eingefügt und werden die Wörter „und hauswirtschaftlichen Versorgung“ gestrichen.
 - bbb) In Nummer 4 wird das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.
- ff) Folgender Satz wird 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 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Wörter „den Absätzen 1 und 1a“ ersetzt.
- e) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge nach den §§ 36 und 123 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden, können die nach Absatz 1 oder Absatz 1a anspruchsberechtigten Versicherten unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zusätzlich zu den in den Absätzen 1 und 1a genannten Beträgen in Anspruch nehmen. Der nach Satz 1 für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendete Betrag darf je Kalendermonat 50 vom Hundert des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstleistungsbetrags für ambulante Pflegesachleistungen nicht überschreiten. Die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sind sicherzustellen. Die Aufwendungen, die den Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen 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 Inan-

spruchnahme 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; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 4 erfolgt. § 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:

„(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote zu bestimmen.“

18. § 45c wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 45c

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, Verordnungsermächtigung“.

- b) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Ebenso gefördert werden können aus den in Satz 1 genannten Mitteln niedrigschwellige Entlastungsangebote für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen.“

- c) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt und werden die Wörter „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ durch die Wörter „Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen“, ersetzt.

- d) 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 mit mindestens Pflegestufe I sowie von Versicherten ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen“, ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörige“ die Wörter „und vergleichbar nahestehende Pflegepersonen“ eingefügt.

bb) In Satz 5 wird nach dem Wort „kommen“ das Wort „insbesondere“ eingefügt und werden die Wörter „Pflegebedürftige im Sinne von § 45a“ durch die Wörter „Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen“, ersetzt.

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

„(3a) Niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 sind Angebote für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, die der Deckung des Bedarfs der

Anspruchsberechtigten 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 vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zu entlasten. Niedrigschwellige Entlastungsangebote beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende 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 Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter.“

f) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen“ durch die Wörter „erforderlichen Hilfen für demenzkranke Pflegebedürftige und die Voraussetzungen des § 45a erfüllende Versicherte ohne Pflegestufe“ ersetzt.

bb) In Satz 6 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigen“ die Wörter „oder die Voraussetzungen des § 45a erfüllenden Versicherten ohne Pflegestufe“ eingefügt.

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

19. § 45e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen.“

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

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

20. Nach § 46 Absatz 3 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„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.“

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

22. In § 57 Absatz 3 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 2“ eingefügt.

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“ ersetzt und wird 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“ ersetzt und wird das Wort „vierundzwanzigste“ 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“ ersetzt und wird das Wort „Pflegebedürftige“ durch die Wörter „anspruchsberechtigte Personen“ ersetzt.
 - c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigte 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. Nach § 114 Absatz 5 Satz 1 werden die folgenden 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 Absatz 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) Im Satzteil nach Nummer 3 wird die Angabe „§§ 39 und 40“ durch die Angabe „§§ 38a, 39, 40, 41, 42 und 45e“ ersetzt.

dd) Folgender Satz wird 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 Wörter „70 Euro auf 305 Euro“ durch die Wörter „72 Euro auf 316 Euro“ ersetzt, wird nach der Angabe „§ 36“ die Angabe „sowie § 41“ eingefügt und werden die Wörter „215 Euro auf bis zu 665 Euro“ durch die Wörter „221 Euro auf bis zu 689 Euro“ ersetzt.

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

30. Folgendes Vierzehnte Kapitel wird 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 am Main.

§ 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 § 20 Satz 2 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. Dabei ist der in Aktien oder Aktienfonds angelegte Anteil des Sondervermögens ab dem Jahr 2035 über einen Zeitraum von höchstens 10 Jahren abzubauen. 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 nach § 65 einen Betrag zu, der dem 0,025 Beitragssatzpunkten entsprechenden Anteil der Beitragseinnahmen 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 auf Anforderung des Bundesversicherungsamtes 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

Vermögenstrennung

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

§ 138

Jahresrechnung

Die Deutsche Bundesbank legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht über die Verwaltung der Mittel des Sondervermögens vor. Darin 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 als aufgelöst.“

Artikel 2

Änderung des Pflege-Versicherungsgesetzes

In Artikel 42 Absatz 5 Satz 1 des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797), das zuletzt durch Artikel 265 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, 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 denen 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. Die Vorschriften bestimmen dabei den Umfang der Leistungsverpflichtung der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), der Umfang der Leistungsverpflichtung der Träger der Sozialhilfe bestimmt sich ausschließlich nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). 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. Mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens ist beabsichtigt, die Auswirkungen insbesondere der Regelungen zu §§ 45b, 87b SGB XI auf die Leistungen der weiteren sozialen Sicherungssysteme, insbesondere der Sozialhilfe, zu prüfen und auf ein konsistentes System der Leistungen zur Pflege hinzuwirken.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird nach übereinstimmenden Schätzungen von derzeit ca. 2,5 Millionen Menschen auf rund 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 zu decken, ist es zum einen notwendig, die häusliche Pflege 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 sicherge-

stellt 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 SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen und Verbesserung der Betreuungsrelation

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

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

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

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

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 SGB XI und § 123 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI) werden gleichrangig nebeneinandergestellt. Die bisherigen, sehr komplexen Regelungen zur Kombination der Leistungen werden daher aufgehoben. Durch die Neufassung von § 41 Absatz 3 SGB XI wird die Neuregelung im Gesetz eindeutig klargestellt und damit deutlich verständlicher.

2. Demografische Auswirkungen und Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf trägt – insbesondere auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – durch die Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation, die Verbesserung von Betreuungsleistungen und die Dynamisierung der Leistungsbeträge zur Sicherstellung einer zukunftsfesten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung bei. Insbesondere durch die Stärkung der häuslichen Pflege wird gleichzeitig auch der sich abzeichnenden Verknappung des Arbeitskräfteangebotes entgegengewirkt, da sie weniger personalintensiv als die stationäre Versorgung ist. Auch die Ausweitung der Entlastungsangebote für pflegende Angehörige dient dem Ziel der Stärkung des häuslichen Pflegesettings, indem sie die Pflegebereitschaft unterstützt. 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.

Bei unveränderter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 von rund 2,5 Millionen auf etwa 3,5 Millionen und in den darauf folgenden zwei Jahrzehnten auf über 4 Millionen ansteigen. Da dies unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen zu steigenden Beitragssätzen führen würde, werden durch die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds die aufgrund der demografischen Entwicklung im Zeitverlauf deutlich steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Ge-

nerationen verteilt und 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 8 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 100 Millionen Euro jährlich. Auch bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII entstehen dem Bund infolge der vollständigen Erstattung der Nettoausgaben durch die Beitragssatzanhebung Mehrausgaben in Höhe von etwa 18 Millionen Euro.

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

Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,15 Beitragssatzpunkte beim Arbeitnehmer führt infolge des höheren Sonderausgabenabzugs zu Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer (einschließlich Solidaritätszuschlag) von 208 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 104 Millionen Euro jährlich belastet.

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,15 Beitragssatzpunkte beim Arbeitnehmer führt infolge des höheren Sonderausgabenabzugs bei der Einkommensteuer (einschließlich Solidaritätszuschlag) zu Mindereinnahmen von 182 Millionen Euro bei den Ländern und 65 Millionen Euro bei den Gemeinden.

Für die Träger der Sozialhilfe ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht von rund 140 Millionen Euro jährlich. Diese Einsparungen kommen den Ländern und Kommunen zugute. Für die Träger der Kriegsopferversorge (Anteil: Bund 80 Prozent, Länder 20 Prozent) ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge geringe nicht bezifferbare Minderausgaben gegenüber

dem geltenden Recht. Dem stehen im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) für Leistungsempfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII Kosten aus der Beitragssatzanhebung in Höhe von etwa 3 Millionen Euro gegenüber.

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 ebenfalls 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 104 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 zu verwenden, führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 90 Millionen Euro. Dabei wird unterstellt, dass ein Teil der bisherigen Pflegegeldempfänger davon Gebrauch macht; rechnerisch wurden 2 Prozent der ambulant Pflegebedürftigen zugrunde gelegt.

Die Anhebung des Höchstbetrags für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel und für Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund 60 Millionen Euro.

Die Erstreckung des in § 123 Absatz 2 SGB XI geregelten Leistungsanspruchs von Versicherten, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind und einen Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I haben, 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 SGB XI 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 Vorsorgefonds 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 Laufe der Zeit steigen die Mehrausgaben grundsätzlich mit der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen. Insgesamt ergeben sich durch die Änderungen im Leistungsrecht und die Zuführungen zum Vorsorgefonds folgende Gesamtwirkungen für die soziale Pflegeversicherung:

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

- c) Mit der Beitragssatzerhöhung wird auch der finanzielle Spielraum dafür geschaffen, eine Lohnersatzleistung für Arbeitnehmer einzuführen, 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 von § 2 des Pflegezeitgesetzes). Dies erfolgt zeitnah in einem gesonderten Gesetz.

Arbeitslosenversicherung

Für die Bundesagentur für Arbeit entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben von rund 60 Millionen Euro jährlich. Dem stehen nicht quantifizierbare Mehreinnahmen durch einen Aufwuchs sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung infolge der Mehrausgaben für Sachleistungen und der Einstellung zusätzlicher Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI gegenüber.

Aus der Erhöhung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung ergeben sich für die Bundesagentur für Arbeit als Arbeitgeber Mehrkosten bei den Personalausgaben (Personal nach dem Zweiten und Dritten Buch Sozialgesetzbuch) in Höhe von rund 5 Millionen Euro.

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. Dies 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.

Einzelnachweis

1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

- § 45b SGB XI (Artikel 1 Nummer 17)

Das Leistungsspektrum wird auf Entlastungsangebote ausgeweitet, die Leistungen können künftig auch von rein somatisch Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden und es wird ein neues Betreuungs- und Entlastungsbudget eingeführt, bei dem der Anspruch auf ambulante Sachleistung (§§ 36, 123 SGB XI) in Höhe von bis zu 50 Prozent zusätzlich und im Wege der Kostenerstattung auch für die Nutzung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote (§ 45b SGB XI) genutzt werden kann.

Somatisch Pflegebedürftige können künftig auch zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsangebote in Höhe von 105 Euro monatlich in Anspruch nehmen. Die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen sind zu beantragen. Hierfür reicht ein Nachweis der erbrachten Leistungen aus (Kostenerstattung). Insgesamt führt dies zu einem Erfüllungsaufwand von rund 407 000 Euro und rund 127 000 Stunden im Jahr (254 400 Anträge pro Jahr, 30 Minuten pro Antrag plus sonstige Kosten in Höhe von 1,60 Euro pro Fall).

Außerdem können künftig 50 Prozent der ambulanten Sachleistung für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote genutzt werden. Auch dies ist zu beantragen. Insgesamt führt dies zu einem Erfüllungsaufwand von rund 104 000 Euro und rund 32 500 Stunden im Jahr (65 000 Anträge pro Jahr, 30 Minuten pro Antrag plus sonstige Kosten in Höhe von 1,60 Euro pro Fall).

- § 123 SGB XI (Artikel 1 Nummer 29)

Die Leistungsansprüche nach §§ 38a, 41, 42, 45e SGB XI werden auf den Personenkreis der sog. Pflegestufe 0 ausgeweitet.

Versicherte ohne Pflegestufe, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen (sog. Pflegestufe 0) können künftig auch den Zuschlag für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI) sowie die Anschubfinanzierungsleistungen für die Gründung ambulant betreuter Wohngruppen (§ 45e SGB XI), Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) und Leistungen der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) erhalten. Diese Leistungen müssen beantragt werden. Insgesamt führt dies zu einem Erfüllungsaufwand von rund 48 000 Euro und rund 15 000 Stunden im Jahr (30 000 Anträge pro Jahr, 30 Minuten pro Antrag plus sonstige Kosten in Höhe von 1,60 Euro pro Fall).

2. Erfüllungsaufwand für Verwaltung und Wirtschaft

Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 3,9 Millionen Euro. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 10 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 3 830 Euro. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 1,85 Millionen Euro jährlich.

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

Ein geringer einmaliger Umstellungsaufwand bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende, bei der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See und des Bundesversicherungsamtes wird stellenmäßig und finanziell im Rahmen der bestehenden Ansätze ausgeglichen.

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. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 100 000 Euro jährlich.

Im Folgenden werden die Be- und Entlastungen für Verwaltung und Wirtschaft dargestellt. Da viele Vorgaben sowohl die Pflegekassen (Verwaltung) als auch die privaten Versicherungsunternehmen (Wirtschaft) betreffen, wird innerhalb der Vorschrift zwischen Verwaltung und Wirtschaft differenziert.

Erfüllungsaufwand von Verwaltung und Wirtschaft									
A. Änderung bestehender Vorgaben									
Lfd. Nr.	Vorschrift	Vorgabe	Aufwand pro Fall (in Stunden, wenn nichts anderes angegeben)	Fallzahl	Lohnkosten in Euro	Jährlicher Aufwand der Verwaltung in Euro	Einmaliger Aufwand der Verwaltung (Umst.aufw.) in Euro	Jährlicher Aufwand der Wirtschaft (in Euro)	Einmaliger Aufwand der Wirtschaft (in Euro)
1	§§ 36 Abs. 3 + 4, 37 Abs. 1 S. 3, 38a Abs. 1, 39 Abs. 1 S. 3, 40 Abs. 2 S. 1 + Abs. 4 S. 2 bis 4, 41 Abs. 2 S. 2, 42 Abs. 2 S. 2, 43 Abs. 2 S. 2, 43a S. 2, 45b Abs. 1 S. 2, 87a Abs. 4, 123 Abs. 2 bis 4 SGB XI (Art. 1, Nrn. 6 bis 14, 17, 25, 29)	Dynamisierung von Leistungen (Umst.aufw.)	40 (technische Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inf. der Vers.)	134 Pflegekassen	39		314.000		
				49 Versicherungsunternehmen	40				118.000

2	§§ 39 + 42 Abs. 2 + 3 SGB XI (Art. 1, Nrn. 9 + 12)	Flexibilisierung der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (Umst.aufw.)	40 (technische Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inf. der Vers.)	134 Pflegekassen	39		314.000		
				49 Versicherungsunternehmen	40				118.000
3	§ 41 Abs. 3 SGB XI (Art. 1, Nr. 11)	Ungekürzte Gewährung von Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben den ambulanten Geld- und Sachleistungen (Umst.aufw.)	40 (technische Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inf. der Vers.)	134 Pflegekassen	39		314.000		
				49 Versicherungsunternehmen	40				118.000
4a	§ 45b SGB XI (Art. 1, Nr. 17)	Ausweitung auf Entlastungsangebote sowie Einführung eines neuen Betreuungs- und Entlastungsbudgets (Umst.aufw.)	80 (technische Umstellung), 20 (organ. Umstellung), 20 (Inf. der Vers.)	134 Pflegekassen	39		628.000		
				49 Versicherungsunternehmen	40				230.000
4b	§ 45b SGB XI (Art. 1, Nr. 17)	Leistungen können künftig auch von rein somatisch Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden	18 Minuten	240.000 Fälle	39	2.800.000			
			18 Minuten	14.400 Fälle	40			172.800	
4c	§ 45b SGB XI (Art. 1, Nr. 17)	Inanspruchnahme der 50% Sachleistung für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote	18 Minuten	62.300 Fälle	39	730.000			
			18 Minuten	2.700 Fälle	40			32.400	
5a	§ 45c SGB XI (Art. 1, Nr. 18)	Ausweitung der Inanspruchnahme der Fördermittel auf Entlastungsangebote (Umst.aufw.)	40 (technische Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inf. der Vers.)	134 Pflegekassen	39		314.000		
				49 Versicherungsunternehmen	40				118.000
5b	§ 45c SGB XI (Art. 1, Nr. 18)	Ausweitung der Inanspruchnahme der För-	40	Spitzenverband Bund der Pflegekassen	39		1.600		

		dermittel auf Entlastungs-Angebote (Umst.aufw.)	40	Bundesversicherungsamt	39		1.600		
5c	§ 45c SGB XI (Art. 1, Nr. 18)	Ausweitung der Inanspruchnahme der Fördermittel auf Entlastungsangebote	500	Bundesversicherungsamt	39	19.500			
6	§ 55 Abs. 1 SGB XI (Art. 1, Nr. 21)	Beitrags-satzerhöhung (Umst.aufw.)	40 (techn. Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inform. der Vers.)	134 Pflegekassen	39		314.000		
7	§ 87b Abs. 3 SGB XI (Art. 1, Nr. 26)	Anpassung der Betreuungskräfte-Richtlinien (Qualifikation und Aufgaben)	128	Spitzenverband Bund der Pflegekassen	39		5.000		
8	§§ 114 Abs. 5 + 115 Abs. 1a SGB XI (Art. 1, Nm. 27 + 28)	Anpassung der Qualitäts-Prüfungs-Richtlinien (QPR)	32	Spitzenverband Bund der Pflegekassen	39		1.248		
9a	§ 123 Abs. 2 (Art. 1, Nr. 29)	Weitere Ansprüche auf Pflegeleistungen (Umst.aufw.)	40 (techn. Umstellung), 10 (organ. Umstellung), 10 (Inf. der Vers.)	134 Pflegekassen	39		314.000		
				49 Versicherungsunternehmen	40				114.000
9b	§ 123 Abs. 2 (Art. 1, Nr. 29)	Durchführung des Verfahrens	18 Minuten	30.000 Fälle	39	351.000			
			18 Minuten	1.800 Fälle	40			21.600	
B. Einführung neuer Vorgaben									
1	§§ 131 bis 139 SGB XI (Art. 1, Nr. 30)	Einrichtung und Verwaltung des Vorsorgefonds der Pflegeversicherung	2	Bundesversicherungsamt	32,1	64	3.000		
			72	Bundesbank	52,3	3.766	7.000		

C. Abschaffung bestehender Vorgaben									
1	§ 41 SGB XI (Art. 1, Nr. 11)	Wegfall der Kombinationsregelung	47.500	134 Pflegekassen	39	-1.852.500			
			2.500	49 Versicherungsunternehmen	40			-100.000	

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.

Nennenswerte 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 der Betreuungsrelation 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 in diesem Bereich.

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 SGB XI:

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

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. Die Leistungsverbesserungen, die dieses Gesetz vornimmt, werden erstmalig spätestens im Jahr 2020 evaluiert, nach Möglichkeit gemeinsam mit einer ersten Evaluation eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des SGB XI)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

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

Zu Nummer 2 (§ 7 Absatz 3)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einführung von neuen Entlastungsleistungen für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a und der Einführung eines Anspruchs auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz. Die Informationen der Pflegekassen nach § 7 Absatz 3 Satz 6 über das Angebot und die Kosten zusätzlicher Betreuungsangebote für Versicherte mit eingeschränkter Alltagskompetenz richten sich künftig auch an alle Pflegebedürftigen und beziehen die neuen niedrighelwigen Entlastungsangebote (§ 45c Absatz 3a (neu)) entsprechend ein.

Zu Nummer 3 (§ 8 Absatz 3)

Zu den Buchstaben 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 in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit auch der für die Durchführung der oben genannten Maßnahmen notwendige Personalmehraufwand beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen finanziert werden.

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)

Zu Buchstabe a

In der Überschrift wurde der Hinweis auf die Verordnungsermächtigung aufgenommen.

Zu den Buchstaben b und c

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 Prozent 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-Neuausrichtungs-Gesetz eingeführt worden sind (§ 38a und § 123), wird mit einem Anpassungssatz von 2,67 Prozent die Preisentwicklung in den letzten 2 Jahren berücksichtigt. Die Leistungsbeträge werden kaufmännisch auf volle Euro gerundet. Eine Rechtsverordnung zur Anhebung der Leistungsbeträge 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.

Die Sätze 1 bis 4 bilden nun den neuen Absatz 1. Die Sätze 5 und 6, die die Verordnungsermächtigung regeln, werden ohne inhaltliche Veränderung in Absatz 2 überführt.

Zu Nummer 6 (§ 36)

Zu den Buchstaben 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 Prozent angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Zu Nummer 7 (§ 37)

Zu den Buchstaben 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 Prozent 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 Prozent 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 Prozent 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 Absatz 2 Satz 2 für 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 bessergestellt.

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 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.

Zu Nummer 10 (§ 40)

Zu den Buchstaben 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. Über die Leistungsverbesserungen sollten die Anspruchsberechtigten im Rahmen der Pflegeberatung, insbesondere nach § 7a, näher unterrichtet und bera-

ten werden; dabei sollte auch deutlich werden, dass der Anspruch nicht nur pflegebedürftigen Eigentümern, sondern auch Mietern zusteht.

Zu Nummer 11 (§ 41)

Zu Buchstabe a

Hiermit werden die Leistungsbeträge für die teilstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Dynamisierungsregelung nach § 30 zum 1. Januar 2015 in Höhe von 4 Prozent 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 und § 123, Pflegegeld nach § 37 oder Kombinationsleistung nach § 38) werden gleichrangig nebeneinandergestellt. 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 geregelt 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 Prozent 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 Absatz 1 Satz 3 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. Der erhöhte Leistungsbetrag ist für pflegebedingte Aufwendungen, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung verwendbar.

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-Neuausrichtungs-Gesetzes 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 Prozent 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 Prozent angepasst. Auf die Begründung zu Nummer 5 (Änderung des § 30) wird verwiesen.

Mit der Erhöhung des Leistungsbetrages um 4 Prozent wird – wie bei anderen Leistungsbeträgen des SGB XI – die gemäß § 30 anstehende Dynamisierung vorgenommen. Damit erfolgt keine Präjudizierung der Inhalte etwaiger künftiger Reformen.

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 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 redaktionelle Änderungen aufgrund der Einführung des Anspruchs auf zusätzliche Entlastungsleistungen in § 45b und zur Aufnahme der rechtsförmlich gebotenen Benennung der in § 45b enthaltenen Verordnungsermächtigung in der Überschrift der Norm.

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 und vergleichbar Nahestehende (siehe hierzu auch die Erläuterungen in der Begründung zu Nummer 18 Buchstabe e) in ihrer Eigenschaft als Pflegende 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 vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende, 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 e (§ 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 Prozent 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 Dreifachbuchstabe aaa

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 Dreifachbuchstabe bbb

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 ff

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 Kostener-

stattung, 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 e (§ 45c Absatz 3a (neu)) verwiesen.

Zu Buchstabe d

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.

Wird der jeweilige Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen aus den §§ 36 und 123 nicht voll ausgeschöpft, kann der nicht für ambulante Sachleistungen verwendete Betrag für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendet werden. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote erhalten sowohl die nach Absatz 1 als auch die nach Absatz 1a (neu) Anspruchsberechtigten durch die neue Kombinationsleistung so weitergehende Wahlrechte. Ermöglicht wird, maximal 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 einzusetzen. 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 Prozent 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 so dabei, alle zur Verfügung stehenden Hilfsangebote entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen tatsächlich in Anspruch zu nehmen.

Die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sind im Rahmen der Nutzung der Leistungsbeträge nach §§ 36 und 123 weiterhin sicherzustellen. Die erforderliche Grundpflege wird dabei, soweit diese nicht von dem Pflegebedürftigen oder von den Pflegepersonen selbst übernommen wird, vorrangig über die Erbringung von Sachleistungen gemäß § 36 gewährleistet. Zur Beurteilung der Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung sind im Rahmen einer Gesamtbetrachtung sowohl die Eigenleistungen des Pflegebedürftigen bzw. seiner Pflegepersonen als auch Sachleistungen sowie diesem Zweck dienende niedrigschwellige Entlastungsleistungen, die bezogen werden, zu berücksichtigen.

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.

Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen sind vorrangig abzurechnen. Hierdurch wird auch ermittelt, in welchem Umfang der für die jeweilige Pflegestufe zur Verfügung stehende Leistungsbetrag in dem jeweiligen Kalendermonat jeweils für ambulante Pflegesachleistungen verwendet worden ist und in welchem Umfang er dementsprechend noch für die Kostenerstattung nach Absatz 3 (neu) zur Verfügung steht. Sobald die Abrechnung der Leistungen des Pflegedienstes erfolgt ist, sollte die Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen im Rahmen der bestehenden Beratungspflicht ebenfalls den Anspruchsberechtigten – sofern er dies zur Nutzung des Anspruchs aus Absatz 3 (neu) grundsätzlich wünscht – darüber informieren, in welchem Umfang der Sachleistungsbetrag jeweils verbraucht worden ist und in welchem Umfang er dementsprechend noch zur Verfügung steht.

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.

Ein bereits unmittelbar nach der Abrechnung der Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen ausgezahltes anteiliges Pflegegeld nach § 38 kann mit dem Anspruch auf Kostenerstattung nach Absatz 3 Satz 1 (neu) verrechnet werden, soweit sich durch die Beantragung einer Kostenerstattung für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach dieser Vorschrift der nach § 38 zu errechnende Betrag des anteiligen Pflegegeldes nachträglich reduziert.

Bei Beantragung der Leistung nach Absatz 3 (neu) sollen die Anspruchsberechtigten von den Pflegekassen ebenfalls aktiv auf die Möglichkeit der Beratung nach § 7a einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans hingewiesen werden. Damit die Anspruchsberechtigten ihr Wahlrecht kompetent ausüben können, soll hierbei entsprechend dem bereits geltenden Recht die Erstellung eines Versorgungsplans angeboten werden, in dem vorab eingeschätzt wird, zu welchem Anteil im jeweiligen Einzelfall der Bezug ambulanter Pflegesachleistungen einerseits sowie niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen andererseits sinnvoll und sachgerecht ist, welche Leistungen jeweils vor Ort verfügbar und passend sind und welche Auswirkungen die Kombination der Leistungen auf die Höhe eines etwaigen anteiligen Pflegegeldes hat.

Wer niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Rahmen der neuen Kombinationsleistung nutzt, hat darüber hinaus die Pflicht, regelmäßig eine Beratung durch die in § 37 Absatz 3 oder Absatz 8 genannten Beratungsstellen – insbesondere also auch durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nach § 7a – abzurufen. Dementsprechend findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung. Die häuslich Pflegenden sollen auch in diesem Fall regelmäßige Hilfestellungen und praktische pflegefachliche Unterstützung durch die Beratungseinsätze zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege erhalten. Im Rahmen der Beratungseinsätze kann gemeinsam mit den Anspruchsberechtigten darüber hinaus ggf. eine individuelle Planung bezüglich der Nutzung der verschiedenen vorhandenen Kombinationsmöglichkeiten erfolgen. Jeder Anspruchsberechtigte, der dies wünscht, kann dadurch in die Lage versetzt werden, einen Überblick über die von ihm bezogenen Leistungen und deren Kosten sowie einen in seiner Situation optimalen Pflege-Mix zu erhalten. Außerdem kann hierdurch – insbesondere bei beabsichtigter Inanspruchnahme einer Kombination aus ambulanten Pflegesachleistungen, niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen und anteiligem Pflegegeld – ein planvoller, sachgerechter Mitteleinsatz ermöglicht werden und eine mögliche finanzielle Überforderung des Anspruchsberechtigten durch eine sorgfältige Versorgungsplanung von vorneherein vermieden werden.

Wird der Beratungseinsatz nicht abgerufen, erfolgt in entsprechender Anwendung des § 37 Absatz 6 im Rahmen der Kostenerstattung nach Absatz 3 (neu) eine Kürzung oder im Wiederholungsfalle keine Kostenerstattung mehr (so wie im direkten Anwendungsbereich des § 37 Absatz 6 das Pflegegeld gekürzt wird oder wegfällt, wenn der Beratungseinsatz nicht abgerufen wird). Der volle Bezug der Leistungen nach Absatz 1 oder Absatz 1a (neu) bleibt davon unberührt.

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 Entlastungsleistungen unter Nutzung ihres Anspruchs aus Absatz 3 Satz 1 (neu) in Anrechnung auf ihren Anspruch aus § 36 und § 123 in Anspruch nehmen, findet die Vorschrift des § 13 Absatz 3a in Bezug auf eine im Rahmen des Absatz 3 (neu) erfolgende Kostenerstattung daher keine Anwendung. Für den Bezug von Leistungen im Rahmen der Ansprüche nach Absatz 1 oder Absatz 1a (neu) findet § 13 Absatz 3a hingegen weiterhin uneingeschränkt Anwendung.

Die mit dem vorliegenden Gesetz neu 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

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung zur Aufnahme der rechtsförmlich gebotenen Benennung der in § 45c enthaltenen Verordnungsermächtigung in der Überschrift der Norm.

Zu Buchstabe b

Zusätzlich zu den bisherigen niedrigschwelligen Betreuungsangeboten soll es zukünftig auch niedrigschwellige Entlastungsangebote geben, die zur Entlastung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen sowie vergleichbar Nahestehenden, die ehrenamtlich Pflegeverantwortung übernommen haben (siehe hierzu auch die Erläuterung in der Begründung zu Buchstabe e), beitragen. Sowohl niedrigschwellige Betreuungsangebote wie auch niedrigschwellige Entlastungsangebote sollen in Zukunft sowohl Personen offenstehen, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, – einschließlich solchen ohne Pflegestufe – als auch Pflegebedürftigen (mit mindestens Pflegestufe I), 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 c

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 des § 45a nicht erfüllen. Im Zuge einer gleichzeitig vorgenommenen Rechtsbereinigung wird der angesprochene Personenkreis im gesamten § 45c zudem nunmehr gleichlautend jeweils bezeichnet mit „Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I“ (also: Pflegebedürftige mit einer Pflegestufe, unabhängig davon, ob sie die Voraussetzungen des § 45a erfüllen oder nicht) „sowie Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen“ (in Anlehnung an die Formulierung in den §§ 123, 124).

Zu Buchstabe d

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 des § 45a nicht erfüllen. Zugleich wird zur Bezeichnung dieses Personenkreises nunmehr im Zuge einer Rechtsbereinigung im gesamten § 45c eine vereinheitlichte Formulierung verwendet (siehe auch die Erläuterungen in der Begründung zu Buchstabe c). Darüber hinaus 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 e).

Zu Doppelbuchstabe bb

Bei der Einfügung des Wortes „insbesondere“ handelt es sich lediglich 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. Ferner wird geregelt, dass sich die Vorschrift nun auf einen erweiterten Personenkreis bezieht, der im Zuge einer Rechtsbereinigung in § 45c nunmehr jeweils auch mit einer vereinheitlichten Formulierung bezeichnet wird (siehe hierzu auch die Erläuterungen in der Begründung zu Buchstabe c).

Zu Buchstabe e

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 – offenstehen 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 vergleichbar nahestehende Personen gerade in ihrer Eigenschaft als Pflegende 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 vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende, 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 zurechtkommen 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 nur vorübergehend auftretender 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 Begutachtungsverfahrens, 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, zu unterstützen, um so möglichst lange eine möglichst große Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Betroffenen aufrechterhalten zu können.

Dabei bieten insbesondere niedrigschwellige Angebote eine sinnvolle Ergänzung des bereits bislang bestehenden 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 vergleichbar 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 als erste Ansprechpartner fungieren, um die Betroffenen darüber zu 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 besonders auch für die Nutzung der Beratungsangebote der Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungsunternehmen.

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 freund-

schaftlichem 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, in besonderer Weise 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 vergleichbar 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.

Um eine solche Pflegebegleitung leisten zu können, bedarf es einer Qualifikation, die zum einen gewährleistet, dass die Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden eine verlässliche, sach- und bedarfsgerechte Begleitung erfahren, und die zum anderen sicherstellt, dass die Helferinnen und Helfer selbst durch die Wahrnehmung dieser verantwortungsvollen Aufgabe nicht überfordert werden.

Zwischen den Unterstützungsleistungen, die niedrigschwellige Betreuungsangebote erbringen, und den Hilfestellungen, die niedrigschwellige Entlastungsangebote beinhalten, besteht keine scharfe Trennung. Die Leistungen dieser Angebote bieten in manchen Bereichen 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. Sie setzen allerdings jeweils unterschiedliche Schwerpunkte in ihrer Arbeit. Bei Betreuungsangeboten steht die Betreuung des Anspruchsberechtigten während des Zeitraums der Leistungserbringung im Vordergrund. Sie entspricht dem individuellen Bedarf an Betreuung und ggf. allgemeiner Beaufsichtigung des Anspruchsberechtigten, stärkt seine kommunikativen Fähigkeiten und bietet emotionale Sicherheit. Entlastungsangebote dienen in erster Linie der Alltagsbewältigung durch eine die Selbstständigkeit stärkende Unterstützung der Anspruchsberechtigten bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben sowie der gezielten Unterstützung der häuslich Pflegenden bei der Bewältigung der Anforderungen, die mit der Übernahme von Pflegeverantwortung verbunden sind.

Die Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und niedrigschwelliger Entlastungsangebote kann durch die Länder in zwei getrennten Rechtsverordnungen, sie kann aber auch in einer gemeinsamen Rechtsverordnung geregelt werden.

Es liegt in der Kompetenz der Länder, Bestimmungen dazu zu erlassen, wie der Anbieter seine Qualifizierung für die Tätigkeiten, die er jeweils erbringen will, nachweisen soll, um eine Anerkennung als niedrigschwelliges Angebot im Sinne von § 45c erhalten zu können. Je nach Ausgestaltung des Angebots sind hier jeweils spezifische Qualifikationsanforderungen relevant. So wird beispielsweise jemand, der ein Angebot für haushaltsnahe Dienstleistungen vorhält, seine Qualifikation im Bereich der Hauswirtschaft sowie der weiteren haushaltsnahen Tätigkeiten, die erbracht werden sollen, nachweisen. Jemand, der Pflegeverantwortung tragende Angehörige und vergleichbar Nahestehende unterstützen will, wird dagegen z.B. nachweisen, dass er für diese verantwortungsvolle Aufgabe eine sachgerechte Schulung durchlaufen hat, die ihn dazu befähigt, diese Tätigkeit verlässlich auszuführen. Denkbar ist auch, dass Länder in besonderen Bereichen besondere organi-

satorische Vorkehrungen fordern wie beispielsweise das Vorhalten einer Möglichkeit zur Supervision im Bereich von Begleitungsangeboten.

Gleichzeitig wird es jedoch ebenfalls Anerkennungsvoraussetzungen geben, die alle niedrigschwelligen Angebote gleichermaßen betreffen. Diese können von den Ländern jeweils getrennt, sie können aber auch gemeinsam geregelt werden für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote oder jeweils bestimmte Teilbereiche dieser Angebote.

Die Länder können im Rahmen dessen z. B. vorsehen, dass jedes niedrigschwellige Angebot nachweisen muss, dass alle eingesetzten Helferinnen und Helfer jeweils eine zielgruppengerechte Schulung durchlaufen haben, die ihnen ein angemessenes Niveau an Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsverständnis und ein ausreichendes Wissen über den Umgang mit spezifisch pflege- bzw. betreuungsbedürftigkeitsbedingten Herausforderungen vermittelt hat. Dies ist ein wichtiger Aspekt ebenfalls im Bereich der Erbringung haushaltsnaher Dienstleistungen. Denn auch die hauswirtschaftliche Versorgung von Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegestufe I sowie Versicherten ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, kann nur dann sachgerecht übernommen werden, wenn ein entsprechend angemessener Umgang mit den Anspruchsberechtigten und den sich aus der Pflege- bzw. Betreuungsbedürftigkeit ergebenden Besonderheiten in ihrem Haushalt sichergestellt ist. Insbesondere ein durch die Leistungserbringung entstehender enger Kontakt zu Personen mit psychischen Störungen stellt Anforderungen an die Beziehungsgestaltung auch bei der Übernahme lediglich hauswirtschaftlicher Hilfen in ihrem Haushalt.

Zu beachten ist ferner, dass Absatz 3 Satz 2 bis 4 entsprechend gilt. 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. Besonders sollen Angebote gefördert werden, die auch das ehrenamtliche Engagement stärken.

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

Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen 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 Blumenpflege 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. Die Angebote können ggf. 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.

Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen 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 Serviceangeboten für haushaltsnahe Dienstleistungen 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 sind zielgruppen- und aufgabengerecht geschulte Personen, die Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I und Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, beim Umgang mit den allgemeinen wie auch mit spezifisch pflegebedingten Alltagsanforderungen unterstützen. 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 vornherein zu vermeiden oder zu vermindern und durch eine Stärkung der noch vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten soweit wie möglich die eigene Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit aufrechtzuerhalten oder sogar wieder zurückzugewinnen. 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 der Erledigung alltäglicher Aufgaben in der häuslichen Umgebung, begleiten die Anspruchsberechtigten zum Einkaufen, zum Gottesdienst, beim Besuch auf dem Friedhof, beispielsweise auch zur Unterstützung bei einer durch die Begleiteten vorgenommenen Grabpflege, kochen gemeinsam mit ihnen, lesen vor, helfen beim Umgang mit Behördenangelegenheiten, unterstützen bei der Vorbereitung eines gemeinschaftlichen Kaffeetrinkens mit Freunden, 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. Die eigenständige Übernahme von Tätigkeiten im Haushalt steht nicht im Vordergrund, sondern umfasst vor allem eher kleinere, die Eigenständigkeit erhaltende Hilfen in Haus und Garten (beispielsweise beim Auswechseln einer Glühbirne oder dem Einräumen von Geschirr in die Spülmaschine nach dem Nachmittagskaffee).

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 der Mitarbeit in Institutionen oder in vergleichbaren Bereichen. Nicht zum Aufgabenbereich von Alltagsbegleitern gehört auch die medizinisch-pflegerische Versorgung, die von Fachkräften zu übernehmen ist.

Pflegebegleiter sind Personen, die insbesondere pflegenden Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden eine auf diese zu gehende verlässliche organisatorische, beratende, aber auch emotionale Unterstützung bieten, die zur besseren Bewältigung des Pflegeall-

tags beitragen kann. Hierfür sind sie zielgruppen- und aufgabengerecht geschult. 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 den Betroffenen so bei der Zusammenstellung der verfügbaren Hilfen Orientierung geben. Sie achten darauf, dass die Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen und vergleichbar 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 f

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zuge der in § 45c vorgenommenen Rechtsbereinigung (siehe auch die Erläuterungen in der Begründung zu Buchstabe c). Hierdurch wird klargestellt, dass die Modellförderung im Sinne von Absatz 4 wie bisher einen Schwerpunkt in einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen gerade für demenzkranke Pflegebedürftige im Sinne von § 45a – einschließlich solcher im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ohne Pflegestufe – haben soll. Gefördert werden können nach § 45c darüber hinaus weiterhin ebenso auch andere Modelle, insbesondere auch in Bezug auf die mit diesem Gesetz vorgenommenen Erweiterungen der Fördermöglichkeiten.

Zu Buchstabe g

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einführung niedrigschwelliger 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 (§ 45e)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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 b) 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; der endgültige Leistungsanspruch entsteht erst nach Vorliegen aller Voraussetzungen. Nicht förderfähig bleiben Kosten beim Neubau einer Wohnung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe b

Um die Neugründung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften anzuregen, soll diese so lange gefördert werden bis das Budget von 30 Millionen 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 Millionen Euro erreicht hat. Danach werden nur noch die bis zum Kalendermonat der Bekanntgabe eingegangenen Anträge bewilligt. Damit ist sichergestellt, dass der für die begrenzte Sonderförderung zur Verfügung gestellte Betrag von 30 Millionen Euro nicht oder nur unwesentlich überschritten wird.

Zu 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 Prozent angepasst.

Zu Nummer 26 (§ 87b)

Zu Buchstabe a

Die Überschrift des § 87b wird entsprechend den 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 im Übergang auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bereits jetzt ausgebaut und 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“ verwendet. 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 erfüllen und eine Vereinbarung über entsprechende Vergütungszuschläge getroffen haben. Weiterhin dürfen die anspruchsberechtigten Personen in den stationären Pflegeeinrichtungen und die Träger der Sozialhilfe weder ganz noch teilweise mit den Vergütungszuschlägen belastet werden.

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 grundpflegerische und 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 Vollerhebungen, sondern auf der Basis von Stichproben. Wenn es im Rahmen einer Anlass-, 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 die 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,

Personen mit Anlage einer PEG-Sonde (Perkutane endoskopische Gastrostomie),

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-Neuausrichtungs-Gesetz gemäß § 113 Absatz 1 Nummer 4 den Vertragsparteien gegebene Auftrag, Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich als Grundlage einer Umstrukturierung von Prüfinhalten und Prüfungsgeschehen 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 vom 28. Mai 2008 (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 sowohl 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 währenden Bestimmung aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, 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 Prozent 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 Pflegeleistungen, 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 Prozent 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“. Dabei handelt es sich nicht um ein Sondervermögen des Bundes.

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 Millionen bis 1,36 Millionen 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 am Main, da die Bundesbank als Verwalter des Sondervermögens (§ 134) ihren Dienstsitz in Frankfurt am Main 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 Anlage Richtlinien 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 entspricht den auf 0,025 Beitragssatzpunkte entfallenden Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres.

Aus Vereinfachungsgründen ist dabei der Beitragssatz nach § 55 Absatz 1 anzusetzen. 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 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. Die Errichtung eines Sondervermögens getrennt von den übrigen Mitteln der Pflegeversicherung ist durch den besonderen Verwendungszweck des Pflegevorsorgefonds begründet. Er soll im Gegensatz zu den übrigen Mitteln in der Sozialen Pflegeversicherung (Betriebsmittel und Rücklage §§ 62, 63 und 64 sowie das Sondervermögen Ausgleichsfonds §§ 65 ff) nicht der Erfüllung laufender Leistungsverpflichtungen bzw. dem Ausgleich von Leistungs- und Verwaltungsausgaben (mit jeweils zeitnahe monatlichen oder jährlichen Ausgleich) dienen, sondern die besondere zukünftige Belastung der sozialen Pflegeversicherung insgesamt abfedern, wenn nach 2035 die geburtenstarken Jahrgänge in die Altersgruppen mit erhöhtem Pflegerisiko hineinwachsen. Um dieses langfristige Ziel zu erreichen und eine vorzeitige Nutzung der Mittel der Leistungsfinanzierung auszuschließen, ist eine Trennung von den bereits bestehenden Mitteln notwendig. Vergleichbar der mit ähnlicher Zwecksetzung durch das Versorgungsreformgesetz 1998 eingeführten Versorgungsrücklage für Besoldungs- und Versorgungsempfänger des Bundes (§ 14a des Bundesbesoldungsgesetzes) wird für den Pflegevorsorgefonds in der sozialen Pflegeversicherung ein getrenntes Sondervermögen mit eigener Zwecksetzung geschaffen.

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 sowie im Rahmen der jährlichen statistischen Berichterstattung über die finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung. Im Bericht nach § 10 SGB XI soll auch dazu Stellung genommen werden, ob bzw. inwieweit es zur Erfüllung der Zielsetzungen des Vorsorgefonds Anpassungen bei der Höhe der Mittelabführung an den Fonds bedarf.

Zu § 139

Das Sondervermögen wird nach Erfüllung der Verbindlichkeiten aufgelöst.

Zu Artikel 2 (Änderung des Pflege-Versicherungsgesetzes)

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur. § 106a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI), 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 SGB VI geregelt war, gestrichen.

Zu Artikel 3

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKRG

Entwurf eines 5. Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (NKR-Nr. 2884)

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger Erfüllungsaufwand	30 Minuten, Sachkosten 1,6 Euro Rund 350.000 Fälle jährlich
Wirtschaft einmaliger Erfüllungsaufwand jährlicher Erfüllungsaufwand	 826.000 Euro 127.000 Euro
Verwaltung einmaliger Erfüllungsaufwand jährlicher Erfüllungsaufwand	 2,6 Mio. Euro 2 Mio. Euro
Der Nationale Normenkontrollrat macht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend.	

II. Im Einzelnen

Mit dem vorliegenden Entwurf werden die Leistungen der Pflegeversicherung zur Stärkung der häuslichen Pflege ausgeweitet und flexibilisiert. Sach- und Geldleistungen der Pflegeversicherung werden, orientiert an der Preisentwicklung der letzten drei Jahre, angepasst. Zur Finanzierung des Mehrbedarfs soll der Beitragssatz zum 1. Januar 2015 um 0,3 Beitragssatzpunkte erhöht werden, wovon bis zum Jahr 2033 0,1 Beitragssatzpunkte in einen Vorsorgefonds fließen sollen.

Neben der Erhöhung der Leistungen der Pflegeversicherung soll zum Einem der Zeiträumen der Verhinderungspflege von vier auf sechs Wochen ausgeweitet werden. Zum Anderen sollen die Möglichkeiten der Kombination aus teilstationären Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit der ambulanten Pflege vereinfacht werden. Des Weiteren sollen die Entlastungsangebote gerade auch für Demenzkranke erweitert werden.

Der geplante Vorsorgefonds soll ab 2033 die vorrausichtlich steigenden Kosten durch die geburtenstarken Jahrgänge abfedern.

Erfüllungsaufwand:

Bürger:

Für die Bürger werden auf Grund der Leistungserweiterung der Pflegeversicherung drei neue Antragsverfahren eingeführt, die jeweils einen Zeitaufwand von 30 Minuten verursachen und Sachkosten von 1,6 Euro pro Fall. Die jährliche Fallzahl beträgt rund 350.000.

Wirtschaft:

Durch die Anpassung der Pflegeleistungen entsteht den 49 betroffenen Versicherungsunternehmen insgesamt ein Umstellungsaufwand von 826.000 Euro, was rund 17.000 Euro pro Versicherungsunternehmen entspricht.

Durch Erweiterung der Anspruchsberechtigung bei einzelnen Leistungen erhöht sich der jährliche Erfüllungsaufwand um rund 227.000 Euro.

Die Vereinfachung der Kombination der teilstationären Tages- und Nachtpflege mit ambulanter Pflege führt zu einer Reduzierung des Erfüllungsaufwands um rund 100.000 Euro jährlich.

Verwaltung:

a) Pflegekassen

Durch die Anpassung der Pflegeleistungen entsteht den 134 betroffenen Pflegekassen insgesamt ein Umstellungsaufwand von rund 2,5 Millionen Euro, was rund 19.000 Euro pro Pflegekasse entspricht. Beim Spitzenverband der Pflegekassen entsteht ein einmaliger Umstellungsaufwand von rund 9.000 Euro.

Durch Erweiterung der Anspruchsberechtigung bei einzelnen Leistungen erhöht sich der jährliche Erfüllungsaufwand um rund 3,9 Millionen Euro.

Die Vereinfachung der Kombination der teilstationären Tages- und Nachtpflege mit ambulanter Pflege führt zu einer Reduzierung des Erfüllungsaufwands um rund 1,85 Millionen Euro jährlich.

b) Bundesversicherungsamt

Dem Bundesversicherungsamt entsteht durch die Ausweitung eines Förderprogramms einmaliger Umstellungsaufwand von 1.600 Euro und ein jährlicher Aufwand von rund 19.500 Euro.

Für die Einrichtung und Verwaltung des Vorsorgefonds entsteht beim Bundesversicherungsamt ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 1.000 Euro und einmaliger Aufwand von 3.000 Euro.

c) Bundesbank

Der Vorsorgefond der Pflegeversicherung soll ähnlich wie die Versorgungsrücklage für Bundesbeamte von der Bundesbank eingerichtet und verwaltet werden. Hierfür fallen einmalige Kosten von 7.000 Euro sowie jährliche Kosten von rund 4.000 Euro an.

Das Ressort hat den entstehenden Erfüllungsaufwand für Bürger, Wirtschaft und Verwaltung sehr detailliert und nachvollziehbar dargestellt.

Dr. Ludewig
Vorsitzender

Catenhusen
Berichtersteller